BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



Imprimerie de Hennuyer et Turpin, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME VINGT-SIXIÈME.

PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1844

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA DIRECTION SUIVIE PAR LA THÉRAPEUTIQUE DANS L'ÉTAT ACTUEL DE LA SCIENCE.

Les obscurités qui voilent à nos yeux la nature d'un grand nombre de maladies ; les difficultés qui, dans certains cas, entourent le diagnostic de la plupart d'entre elles ; l'incertitude que la mobilité des idées théoriques tend à jeter sur les indications les plus nettes et les plus tranchées, frappent la thérapeutique d'une véritable impuissance dans les mains du médecin qui méconnaît la méthode principale d'après laquelle cette science doit se diriger dans ses applications. Cette méthode, qui tend à affranchir la thérapeutique du joug de la spéculation scientifique ; qui lui permet de se diriger sûrement, alors que la lumière de la théorie n'éclaire point sa marche ; qui, jusqu'à un certain point, sauve l'art en un mot des incertitudes de la science proprement dite, c'est l'empirisme, ou l'observation directe des résultats des diverses médications appliquées au traitement des maladies.

Toutefois, en plaçant la thérapeutique sous la direction de cette méthode, nous sommes loin de nier la science, et de réduire celle-ci, avec un auteur contemporain, M. Trousseau, aux proportions de l'intelligence individuelle ; en d'autres termes, de ne voir dans la médecine qu'un art dont la puissance se mesure exclusivement sur l'étendue de l'intelligence de celui qui l'applique. Émettre une telle assertion, c'est ouvrir la porte au scepticisme ; c'est, en condamnant d'une manière absolue tous les efforts de la science du passé, méconnaître les conquêtes réelles du présent, et décourager l'avenir. Non, il n'est pas

vrai que tant d'esprits d'élite, qui dans tous les temps et dans tous les lieux ont étudié la vie morbide dans ses diverses manifestations, pour en découvrir les lois, se soient voués à une œuvre complétement stérile ; non, il n'est pas vrai que toutes les idées qui sont au fond des théories par lesquelles on a tour à tour tenté d'édifier la science, soient fausses et sans valeur ; là, partout, de nombreuses erreurs sont sans doute mêlées à des vérités partielles, à des intuitions justes sur le jeu de la vie pathologique ; et ce n'est point un travail d'une médiocre difficulté que de dégager ces vérités des nuages qui les obscurcissent et de les concilier, par un syncrétisme légitime, avec les données de l'observation moderne. Mais ces vérités sont hors de toute contestation, elles forment les premières assises de la science, et, tout incomplètes qu'elles soient, elles nous permettent de sortir du cercle étroit de l'empirisme pur. C'est ainsi, pour ne citer ici que quelques-unes de ces vérités, qu'il y a dans l'organisme vivant une force innée, qui le crée, le développe, et tend à rétablir l'équilibre entre les fonctions, lorsque la maladie est venue le troubler ; c'est ainsi qu'un grand nombre d'affections morbides ont une marche déterminée ; que beaucoup d'entre elles, bien que diversifiées dans leurs manifestations, ont un génie commun, sont sous la loi d'une même aberration intime de la vie ; c'est ainsi encore que les constitutions médicales impriment un caractère identique à des affections qui se distinguent autant par les différences des localisations anatomiques qu'elles engendrent, que par la physionomie qui les traduit à l'observation, etc., etc. Ces vérités appartiennent à l'ordre scientifique aussi rigoureusement que l'attraction newtonienne, ou la loi qui régit la distribution du calorique dans les corps inorganiques ; et la médecine, qui est en possession de ces lois, est une science moins avancée sans doute que la physique et la chimie, mais elle est une science aux mêmes titres que ces deux dernières.

Maintenant, la thérapeutique, dans les nombreuses modifications qu'elle peut imprimer à l'organisme atteint par la maladie, peut-elle se déduire comme un simple corollaire des vérités dogmatiques partielles que nous venons de rappeler ? Non, sans doute ; l'esprit ne saurait découvrir *à priori* les rapports qui existent entre les nombreux modificateurs de la vie, que nous offrent la nature ou les méthodes de l'art, et les lois qui régissent la physiologie pathologique. Mais ces lois, constatées, guident l'art dans l'emploi des modificateurs que l'observation directe a démontrés propres à influencer la vie morbide dans le sens du jeu normal des fonctions. S'agit-il, par exemple, d'une pleuro-pneumonie : c'est là une de ces maladies qui doit nécessairement avoir une certaine durée, et la thérapeutique, quelque efficace que soit la méthode

qu'elle peut lui opposer, ne saurait prétendre à la juguler; tout au plus, lorsque la maladie ne fait que toucher encore, si nous pouvons ainsi dire, les tissus qu'elle doit frapper, une médication aussi active qu'opportune pourrait-elle faire avorter le molimen morbide qui les prépare. Une fois que le travail inflammatoire est réalisé, on peut prévenir quelques-unes des terminaisons fatales qu'abandonné à lui-même il entraînerait souvent; mais il est impossible de résoudre l'affection pathologique par une délitescence artificielle, par une de ces solutions immédiates dont jusqu'ici la nature a gardé le secret.

Il en est de même encore de cette autre grande loi inhérente à tout organisme qu'anime la vie, en vertu de laquelle celui-ci tend de lui-même à revenir à l'état normal. Cette loi ne commande point la thérapeutique, car elle conduirait à l'inaction stahlienne, à l'expectation absolue, qu'Asclépiade a flétrie du nom de méditation de la mort; mais elle conduit à cette circonspection, à cette mesure thérapeutique que M. le professeur Chomel recommandait dernièrement encore avec tant de raison à ses nombreux élèves, et qui fut toujours la marque à laquelle on reconnaît les grands praticiens.

Voilà surtout comment la science théorique, proprement dite, guide la thérapeutique dans ses applications quotidiennes au traitement des maladies; elle n'engendre point, à proprement parler, la thérapeutique : elle la dirige, elle en fixe les indications, elle en règle l'opportunité, elle rationnalise en un mot les inductions de l'empirisme pur. Quant à celui-ci, il est essentiellement la méthode propre de la science du traitement des maladies. Si dans quelques cas la thérapeutique se hasarde dans une autre direction; si elle part d'une idée théorique pour tenter quelques applications nouvelles, elle est forcée d'en appeler immédiatement à cette méthode qui intervient alors comme moyen de vérification, et dans tous les cas son contrôle est nécessaire.

Ce n'est pas que la science pure accepte aisément ce rôle secondaire vis-à-vis de la thérapeutique; les penseurs profonds, qui savent à quelles conditions on reconnaît une science achevée, et qui ont essayé de théoriser les faits nombreux qui forment la base de la science de la vie pathologique, ont tous prétendu à traiter la thérapeutique comme une simple induction de la théorie. Si les nombreuses obscurités qui voilent encore à nos yeux la nature intime des maladies, ou si, en d'autres termes, la succession des phénomènes multipliés par lesquels celles-ci se manifestent, si, disons-nous, ces nombreuses obscurités se dissipent un jour, la science sera achevée alors, et la thérapeutique se déduira des lois qu'elle aura posées, comme une conséquence se tire de prémisses nettes, évidentes; mais jusque-là, l'empirisme sera pour la thérapeutique la voie la plus sûre qu'elle puisse suivre.

Voyez encore ce qui s'est passé de nos jours surtout : l'anatomie pathologique a étudié, décrit, figuré, avec un zèle qui sans aucun doute a servi très-réellement la science, les altérations, les modifications de toutes sortes, que les maladies entraînent dans les nombreux tissus qui entrent dans la composition de l'organisame vivant. Il semblerait qu'une fois en possession de ces importantes données, la science ait dû instituer une nouvelle thérapeutique qui se coordonnât avec ces nombreuses découvertes, avec cet élément nouveau et si important de l'affection morbide. Qu'est-il arrivé cependant? D'abord, un grand nombre des moyens dont la thérapeutique empirique avait successivement enrichi la science furent dédaigneusement repoussés, comme n'étant point en harmonie avec les éléments morbides que l'anatomie pathologique avait fait découvrir ; mais bientôt cet anathème cessa, et aujourd'hui, dans un bon nombre de maladies, on ne craint plus, et avec grand avantage pour les malades, d'user des moyens que l'expérience a consacrés, bien que la théorie ne voie pas très-clairement comment ils peuvent guérir à travers les lésions que nécessairement ils rencontrent sur leur route. Il en est incontestablement ainsi, par exemple, de la fièvre typhoïde : quelle que soit la lésion grave qu'offre dans cette maladie la muqueuse intestinale, il est fort peu de praticiens, à l'heure qu'il est, qui hésitent à recourir en pareil cas à l'emploi de la méthode évacuante, soit qu'ils se bornent aux purgatifs répétés un plus ou moins grand nombre de fois, soit qu'ils les associent aux médicaments émétiques.

Telle est, suivant nous, dans l'état actuel de la science, la solidarité qui existe entre la science et l'art, entre la spéculation théorique et la thérapeutique. Celle-ci suit, dans les applications qu'elle fait au traitement des maladies, une méthode qui lui est propre, c'est l'observation, et par là le passé cesse d'être un champ stérile pour elle ; mais cette observation n'est point de l'empirisme pur, car au-dessus d'elle, il y a des idées directrices, et elle marche à la lumière que celles-ci répandent sur sa route, et par là elle devient rationnelle ; elle reçoit de l'observation et de la science tous les secours que l'une et l'autre peuvent lui donner : c'est là la seule base légitime sur laquelle elle puisse s'appuyer ; hors de là, elle est une témérité dangereuse ou une aveugle routine.

C'est sous la direction de ces principes que le *Bulletin de Thérapeutique* a marché dès son origine, qui commence à remonter assez loin ; ce sont les mêmes principes qui le dirigent encore aujourd'hui. En nous tenant au point de vue que nous venons d'essayer de caractériser, il est bien clair qu'aucune idée vraie, utile, applicable, ne peut nous échapper ; toute conception juste, toute conquête réelle de l'art viennent naturellement se placer dans un cadre qui semble les appeler. Aussi bien

pouvons-nous hardiment affirmer qu'il ne s'est accompli aucun progrès réel dans la science, qu'aucun perfectionnement n'a été apporté à une méthode quelconque de la thérapeutique, soit médicale, soit chirurgicale; qu'aucun médicament nouveau, doué d'une efficacité réelle et éprouvée, n'a été introduit dans la matière médicale, que le *Bulletin de Thérapeutique* ne se soit assimilé ce progrès, ce perfectionnement, cette innovation, en présentant un travail original sur ces divers points, en soumettant l'idée nouvelle au creuset d'une observation consciencieuse.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR L'EMPLOI DU NITRE A HAUTES DOSES DANS UN CERTAIN NOMBRE DE MALADIES.

Par E. H. DESPORTES.

Les remarques dans lesquelles je vais entrer sont le simple développement d'un article sur le nitrate de potasse qui se trouve dans le Conspectus des Pharmacopées, publié par M. Constancio et moi en 1820. Cette date reporte l'existence de l'ouvrage dans un passé d'environ vingt-trois ans. Je suis ainsi du nombre des médecins qui, à compter de l'époque 1820, ont écrit sur les propriétés du nitre administré à dose un peu élevée.

Mais, dira-t-on, il ne s'agit que d'un article d'une demi-page dans un volume in-18, un de ces ouvrages qui semble n'être qu'une compilation, et n'avoir été composé qu'à l'occasion de quelque circonstance du temps où il a paru; et il a pu ainsi, et peut-être dû échapper à la curiosité très-émoussée des compilateurs, et au dédain naturel à beaucoup de médecins qui se posent en ce monde comme professeurs excellents de quelque chose, et comme inventeurs de toute science certaine, et qui forment une sorte de cercle d'alliance, avec le mot d'ordre : Silence sur quiconque n'est pas avec nous.

La vérité est cependant que le Conspectus des Pharmacopées et une foule de ses articles, tout en reproduisant avec soin ce qui était acquis à la science médicale par le tribut successif de chaque siècle, de chaque doctrine pathologique et thérapeutique, et par de simples expérimentateurs, offrent encore, aussi souvent que cela a été possible aux deux auteurs, l'expression de l'appréciation que chacun d'eux a pu faire des propriétés de plusieurs médicaments. Or, il en a été ainsi, entre autres, de l'article sur le nitre.

C'est à peine s'il y est question, et l'on pourrait même en faire un

motif de critique, des propriétés purgative et diurétique du nitre; la connaissance de ces deux propriétés est si vulgarisée parmi les hommes qui font de la médecine pratique, qu'il avait semblé tout à fait superflu de les noter un peu longuement (Laz. Rivière, de Haën; Rob. Wite; Desbois de Rochefort, etc.).

Restait donc, dès lors, à parler de l'emploi du nitre à hautes doses; or, l'exposition en est ici aussi concise que possible, parce que la concision la plus grande était à coup sûr une des conditions indispensables de la composition d'un conspectus des pharmacopées. Les remarques portent uniquement sur les points les plus importants de l'action de ce remède; mais elles ne sont pas l'expression pure et simple de l'avis d'auteurs isolés (Laz. Rivière, 1650; de Haën, Macbride, Nisbet, Marcus, etc.), ni d'un école médicale entière, l'école italienne, qui ont fait, les uns et les autres, connaître les effets du nitre donné à dose forte (Rasori, 1799; Tommasini; Olivari, etc.). Ainsi le langage théorique des Italiens modernes n'est pas même rappelé par les mots contro-stimulant, hyposthénisant, etc. Quant aux doses progressivement élevées auxquelles des médecins français et allemands d'abord, irlandais ensuite, et écossais et anglais, ont pu user du nitre, le silence a dû encore être gardé sur ce point.

I. C'est d'après les données comparées de la science médicale sur la composition chimique du nitre, sur ses effets différents selon qu'il est mis diversement en contact avec l'économie animale, et enfin sur les observations que nous avions recueillies par nous-mêmes, que l'article *Nitre* du Conspectus prescrit « la dose de un gros à une demi-once de ce sel, dans le cours d'un jour, en plusieurs prises » (Consp. des Pharm.).

Cette dose, je le maintiens, doit être la dose habituelle, usuelle. Quoique ce soit vers l'an 1814 que la confiance que j'ai cru devoir accorder au nom et à l'habileté de James Gregory, m'ait décidé à me servir du nitre à dose forte, je n'ai pas cru devoir adopter aveuglément d'après lui et d'après W. Nisbet, pour quantité ordinaire, le poids de six gros à une once en vingt-quatre heures; encore moins aurais-je pu accepter la dose de une à deux onces de plusieurs partisans de la savante, et ingénieuse, et systématique école italienne; car « à la dose de une once, prise à la fois, il produit » l'empoisonnement (Consp. des Pharm.).

Ce que la pratique expérimentale mais circonspecte que j'ai toujours suivie m'avait appris avant 1820, elle ne l'a pas modifié depuis cette époque. Je ferai même remarquer que tout récemment M. le professeur Giacomini a proposé comme formule modèle une solution de un gros de nitre dans une livre de véhicule, à prendre en quatre fois. Toutefois, je dois dire qu'au lieu de commencer actuellement par la dose de un gros,

c'est par la dose de deux ou trois gros que je débute le plus souvent, cette quantité de nitre étant dissoute dans environ deux livres de véhicule très-édulcoré. Ordinairement, dès le second jour, je porte la dose à une demi-once, s'il y a tolérance des voies disgestives, puis à cinq gros quelquefois. Il est rare que je fasse usage de six gros, et peut-être ne me suis-je pas cru obligé d'employer la dose d'une once dans plus de deux cas, depuis vingt-trois ans.

Eh ! quoi donc m'a arrêté? quel danger si grand m'a ôté la résolution nécessaire pour imiter les donneurs de grandes doses (De Haën, Brocklesby)? Avant de m'expliquer sur ce point, et la chose sera très-facile, je veux revenir sur le véhicule dans lequel j'administre le nitre. J'ai adopté la décoction légère de gruau, comme on le faisait en Écosse avant 1796 (W. Nisbet), ou une infusion soit de fleurs de mauve, soit de tilleul et d'oranger; on ne dissout que l'un après l'autre chacun des gros à employer dans les vingt-quatre heures, afin que le nitre ne reste jamais longtemps en contact avec une eau chargée de divers matériaux. La quantité de sucre, de sirop ou de miel doit être suffisante pour masquer la saveur salée et faire supporter sans trouble de l'appareil digestif le médicament.

J'ai presque toujours évité de suspendre la solution du nitre dans une potion à peu près sirupeuse; cette préparation fatigue communément l'estomac en très-peu de temps. Il en a été de même de l'administration « de cinq à dix grains » de ce même sel en poudre, incorporés dans un bol de quelque conserve facilement soluble; dose qui doit être « fréquemment réitérée », huit ou dix fois en vingt-quatre heures, et qui doit être indispensablement suivie de l'ingestion d'une tasse de tisane adoucissante (Dickson, Macbride. Consp. des Pharm.).

Avec l'usage du nitre à dose élevée, je pense qu'il ne faut employer aucune boisson, aucun aliment acides. Ce sel paraît agir d'autant plus avantageusement sur l'économie humaine, qu'il y est introduit isolé de toute matière qui pourrait par elle-même avoir une action quelconque; faute de cette précaution, la tolérance des voies digestives peut s'établir quelquefois avec un peu de peine, ou être troublée.

II. *Phlegmon.* — J'ai donné le nitre à dose forte pour un phlegmon sous-axillaire, suite d'une blessure à un doigt, et dans un cas d'inflammation phlegmoneuse qui était située sur l'aponévrose des muscles droits, entre le pubis et l'ombilic, et la partie était rouge, tendue, dure, sans presque de saillie, très-douloureuse; il y avait de la fièvre. La personne était faible; une saignée par les sangsues fut seule pratiquée; et puis le nitre à la dose de trois gros d'abord, puis de quatre gros, fut mis en usage. Il y eut dès la fin du second jour une rémission

marquée de tous les symptômes, précisément à ces heures du soir pendant lesquelles une exacerbation se prononce et se maintient dans les cas ordinaires. Toutefois un abcès se forma, fut ouvert, et guérit.

Pneumonie. Catarrhe. — J'ai donné, également à dose forte, le nitre dans cinq cas de pneumonies aiguës, mais très-modérées, et dans quelques catarrhes intenses, concurremment avec l'emploi de la saignée générale ou locale. Je n'ai pas vu que la toux fût exaspérée par l'usage du nitre, comme je le craignais d'après les remarques de l'habile Desbois, de Rochefort. Du reste, le nitre se comporta dans ces phlegmasies pectorales à la manière du tartre stibié ; mais ses effets furent lents et moins évidents que dans les maladies dont je vais parler ci-après. Laz. Rivière employait le sel de prunelle à la dose d'un gros dans les phlegmasies pectorales, pleurésie, pneumonie.

Rhumatisme. Goutte. — Ces maladies sont toutes les nombreuses affections rhumatismales ou goutteuses ; j'ai employé contre elles le nitre à la dose de trois gros à une demi-once seulement, quoique ce soit une phrase de l'ouvrage de W. Nisbet qui m'ait engagé dans cette pratique. *Especially thin gruel with nitre, so that* 6 *or* 8 *drams of the latter may be used in the first* 24 *hours.* Je ne l'ai d'ailleurs employé que rarement dans les accès de goutte des adultes, et seulement lorsque la maladie avait quelque chose du rhumatisme des jeunes sujets. Lorsque M. Bouillaud eut appelé l'attention des médecins sur l'état morbide des membranes du cœur dans ces maladies, je n'ai pas eu recours au nitre dans ces cas ; aujourd'hui je serais probablement enclin, et sans beaucoup de crainte, à en prendre l'usage (Brocklesby, Macbride, etc.).

Hémoptisie. — Voici comment j'ai été porté à faire emploi du nitre dans l'hémorrhagie pulmonaire (Dickson, Macbride). De 1815 à 1820, j'ai dû soigner des hémoptisiques gravement malades, et malgré les bons avis de feu M. Bayle, que j'appelais alors pour l'ordinaire à mon aide, plusieurs de ces malades succombèrent. J'employai le nitre, la guérison s'opéra désormais. C'est ce résultat qui m'a fait citer, dans l'article *Nitre* du Conspectus des Pharmacopées, l'hémoptisie d'une manière spéciale. Je crois que, dans cette hémorrhagie, le nitre serait susceptible d'exciter la toux, s'il n'était dissous dans un liquide mucilagineux et très-édulcoré. Bien entendu que je ne pense pas que le nitre puisse absolument empêcher le développement des tubercules, cause habituelle de l'hémoptisie ; mais ce sel combat très-bien l'un de leurs plus fâcheux effets. Je rappellerai ici ces mots de Rivière : « *Summè refrigerando humorum motum cohibet (sal prunellæ), et mirâ quâdam naturâ contrarios veluti effectus parit... ad quamlibet hæmorrhagiam*

potentissimè conducat... » Rivière le donnait, ce sel, à la dose d'un gros dans l'hémoptisie.

Molimen hémorrhagique.—Lorsque je crois reconnaître les signes avant-coureurs d'une hémorrhagie, les symptômes d'une direction du sang ou d'une congestion sanguine vers l'encéphale, le thorax, l'abdomen, l'utérus ou les hémorrhoïdes, avec une sorte d'activité, de chaleur augmentée, de sthénie, j'ai eu plusieurs fois la liberté d'administrer le nitre à dose un peu élevée, et j'en ai retiré pour l'ordinaire le bien que je désirais.

Scrofule inflammatoire. — Parmi les maladies chroniques qui revêtent par moment dans leur cours un caractère inflammatoire, telle que l'inflammation scrofuleuse, même avec suppuration, des articulations, et que l'engorgement sous-fébrile des ganglions mésentériques ou le carreau, j'ai employé dans ces divers cas des doses de nitre un peu fortes chez de jeunes sujets qui avaient passé l'âge de la puberté, mais qui avaient moins de vingt ans. Alors j'ai commencé par un demi-gros, puis j'ai donné un gros et même deux gros. Il n'y a pu avoir aucun doute que l'état des malades n'ait été amélioré.

Hydropisies et œdèmes inflammatoires. — J'ai également employé le nitre à dose élevée pour des ascites, existant avec quelques symptômes d'activité, pouls un peu fort, chaleur plus que normale, sensibilité du ventre à une pression faible; et pour l'engorgement œdémateux des membres inférieurs chez plusieurs vieillards, lorsque la peau et le tissu cellulaire sous-jacent se trouvaient dans un état sous-inflammatoire, et même deux fois pour l'empâtement des mêmes parties par suite de la présence de varices.

Ganglions engorgés, ou tumeurs dans le voisinage d'un organe cancéreux. — Une dame, souffrant depuis environ trois ans d'un cancer à l'utérus, avait senti se développer dans la fosse iliaque gauche d'abord une, puis deux tumeurs, ovoïdes, de volume inégal, et comparable à un œuf de pigeon, mobiles, parfois lancinantes, vers le milieu de l'année 1843. A la fin de novembre, je lui fais prendre le nitre à dose élevée, et au 8 janvier 1844, ces mêmes tumeurs ne peuvent plus être perçues ni par la malade, ni par moi. Dans ce cas, le nitre à dose forte se présente, dans son usage, avec un nouvel et précieux avantage; il arrête le développement des désordres organiques que l'on n'est guère accoutumé, dans la pratique médicale, à voir se dissiper, une fois qu'ils se sont déclarés.

III. On le voit, j'ai un peu étendu le champ des applications du nitre à dose élevée, notamment pour prévenir les hémorrhagies, et, entre autres, les hémorrhagies cérébrales chez les vieillards replets et qui se

refusaient à la saignée, à cause de leur âge, et pour combattre des affections chroniques, etc., etc.

Lorsque l'on veut recourir à la médication du nitre à haute dose, et dans les maladies aiguës avec engorgement vers un organe, dans les inflammations ou les hémorrhagies, ou les congestions sanguines, on en obtient, je le crois, d'autant plus certainement la guérison cherchée, qu'on l'emploie au début de la maladie, sans attendre, comme en ont donné le conseil de purs compilateurs et quelques médecins praticiens, que la période d'irritation soit passée. Il y a à cela un avantage, c'est d'être dispensé de l'emploi d'autres remèdes dans la plupart des cas.

IV. *Phénomènes généraux.* — Maintenant, que s'est-il passé, en fait général, chez les divers malades, au nombre de soixante et un, en vingt-huit ans, auxquels j'ai fait prendre le nitre à dose forte? Je l'ai dit nettement en quelques mots dans l'article *Nitre* du Conspectus des Pharmacopées. La chaleur du corps a diminué notablement; le pouls et les battements du cœur sont devenus rapidement et moins nombreux et moins forts, l'artère offrant son cylindre moins volumineux, mou, et même faible; la sécrétion des urines est augmentée. Ces phénomènes sont constants. Il n'en est pas de même de ceux-ci : tantôt l'appareil digestif reste dans un état de calme qui surprend, c'est à peine si quelques flatuosités l'agitent; tantôt il y a quelques nausées, quelques renvois amers, des borborygmes, des coliques, et des évacuations alvines d'abord solides, puis séreuses et muqueuses, accidents qui cessent pour l'ordinaire en augmentant la quantité de sucre du médicament ou la quantité de nitre; d'autres fois il survient, où au début de la médication ou au bout de quelques jours, une épigastralgie plus ou moins forte, plus ou moins durable, avec une traînée rouge et un peu sèche partant de la pointe de la langue et s'allongeant vers sa base.

Les médecins qui ont écrit le plus longuement sur le même sujet n'en apprennent pas davantage, qu'ils aient écrit avant la publication du Conspectus, en même temps ou depuis (M. Giacomini, etc.); ils ont d'ailleurs mesuré leur tâche comme ils ont voulu la remplir. Il ne peut me convenir de m'arrêter à ces phénomènes généraux, sorte de pierre d'attente sur laquelle je vais établir des considérations diverses.

V. *Analogie d'action.* — Et d'abord, si l'on cherche dans sa mémoire de quels effets produits par un remède peuvent être rapprochés les phénomènes généraux qui sont dus au nitre, on peut leur trouver une ressemblance avec ceux de la saignée (Auteurs divers.—École italienne.), qui, elle aussi, fait en général baisser la chaleur du corps, ralentir et faiblir le pouls, et, par ces phénomènes premiers, prépare souvent une sécrétion plus abondante de la part de différents émonctoires; mais cette

ressemblance plus ou moins grande me paraît fort susceptible de dis cussion ou plutôt de restrictions.

Nous terminerons dans le prochain numéro l'étude de la médication par le nitre, par l'examen approfondi de l'action physiologique et thérapeutique de ce médicament, et de la circonspection qu'il faut mettre dans son emploi. E. H. Desportes.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU CROUP PAR LES MERCURIAUX ET LE TARTRE STIBIÉ.

Depuis la fin du siècle dernier, on a publié sur le croup un grand nombre de travaux, parmi lesquels nous citerons les recherches de Jurine de Genève, d'Albers de Brenen, celles de Vieusseux, Double, Valentin, Royer-Collard, Bricheteau, et enfin l'ouvrage plus récent de M. Bretonneau, etc. Malgré tant d'écrits, il s'en faut de beaucoup que les auteurs s'entendent sur les moyens qu'il convient d'opposer au croup. Ainsi les uns donnent la préférence aux émissions sanguines; d'autres, au contraire, proscrivent la saignée d'une manière absolue; ceux-ci conseillent l'usage des mercuriaux; ceux-là recommandent les vomitifs; il en est qui vantent les effets du sulfure de potasse; d'autres préconisent les révulsifs cutanés; d'autres ont une grande confiance dans les antispasmodiques. En présence de ces opinions, on conçoit combien il importe d'apprécier la valeur de chacune de ces méthodes de traitement. Dans le but de concourir à la solution de cet intéressant problème, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de faire connaître les résultats qui m'ont été fournis par l'emploi des mercuriaux et du tartre stibié, seuls ou aidés de la cautérisation, dans les trois cas de croup dont je vais rapporter l'histoire.

Obs. I. *Croup traité par les mercuriaux et le tartre stibié; guérison.* — Joséphine Atry, âgée de quatre ans et demi, douée d'un tempérament lymphatique, était sujette à s'enrhumer souvent, lorsqu'au mois de décembre 1841, elle fut prise de nouveau d'une affection catarrhale, à laquelle on donna d'abord peu d'attention. Au bout de quelques jours cette affection s'accompagna d'un sentiment de douleur dans la gorge et d'une difficulté de respirer assez grande; en même temps la voix subit une altération marquée: des sangsues furent appliquées au cou sans aucun soulagement. Les accidents s'étant aggravés, on vint me prier de donner des soins à cette jeune fille. Je la trouvai dans l'état suivant:

Elle avait beaucoup de fièvre, son pouls était fréquent, 130 par minute, sa peau chaude; elle respirait avec peine, et semblait de temps en temps menacée de suffocation; sa voix était éteinte, croupale, ainsi que la toux. L'inspiration était très-difficile, sifflante; la poitrine rendait un son clair, le bruit respiratoire était obscurci par le bruit laryngien. D'ailleurs nous n'aperçûmes

point de fausses membranes sur l'isthme du gosier. Les amygdales étaient légèrement tuméfiées, mais exemptes de taches blanches, couenneuses. La membrane muqueuse qui les revêt était d'une teinte rouge, les organes digestifs étaient sains, ainsi que l'appareil nerveux. Malgré l'absence de produits pseudo-membraneux sur les amygdales et sur le voile du palais, nous pensâmes qu'il s'agissait du croup. La manière dont les accidents avaient marché, les altérations de la voix et de la toux qui avaient le caractère croupal, la dyspnée, la respiration sifflante, confirmaient ce diagnostic. En conséquence, je prescrivis immédiatement 5 centigrammes de tartre stibié dans 2 cuillerées à bouche d'eau. Ce remède fut suivi de vomissements; la respiration devint un peu moins pénible. Cependant, craignant que les accidents ne fissent de nouveaux progrès, et que l'opération de la trachéotomie ne devînt nécessaire, je priai mon honorable collègue et ami, M. le docteur A. Robert, de venir voir la jeune malade. Avant l'arrivée de M. Robert, je prescrivis les mercuriaux à haute dose, 5 centigrammes de calomélas toutes les heures et des frictions mercurielles. Au bout de quelques heures, il survint une légère amélioration; la dyspnée était moins grande, la suffocation moins imminente. M. Robert et moi nous fûmes d'avis de continuer la même médication. J'insistai sur les mercuriaux, et en même temps je donnai le tartre stibié à dose vomitive, dans le but de provoquer l'expulsion des fausses membranes obstruant les voies aériennes au moment où les attaques de dyspnée se répétaient. Chaque fois le tartre stibié fut suivi d'une amélioration notable. Dans l'espace de 3 jours, nous donnâmes 40 centigrammes de tartre stibié, et 3 grammes 50 centigrammes de calomélas. Nous devons faire remarquer que la malade rendit par le vomissement une fausse membrane ayant la forme des tuyaux bronchiques. Dès lors nous ne conservâmes plus de doute sur l'existence du croup. Chaque jour le calomélas fut suivi de 5 à 6 évacuations de matières liquides, verdâtres; d'ailleurs point de salivation. La toux devint moins sèche, la voix resta éteinte pendant plusieurs semaines. La malade conserva de la toux durant près de 3 mois. Depuis cette époque elle s'est enrhumée facilement, mais elle a recouvré ses forces et son embonpoint.

Obs. II. *Croup traité par les mercuriaux, le tartre stibié et la cautérisation; guérison.* — Un petit garçon de Romainville, âgé de quatre ans, doué d'un tempérament sanguin lymphatique, assez sujet à s'enrhumer, eut la coqueluche en 1840, au mois d'avril, et il continua de tousser jusqu'à la fin de l'été. A cette époque la toux disparut, et la santé de cet enfant se rétablit complétement. Vers le mois de février de l'année suivante, il s'enrhuma de nouveau, et se plaignit d'un mal de gorge; la fièvre ne tarda pas à se manifester. En raison de la douleur de gorge, des sangsues furent appliquées au cou. A la suite de cette émission sanguine le malade se trouva un peu mieux, mais l'amélioration ne fut pas de longue durée; dès le lendemain, les accidents s'aggravèrent: la respiration, qui depuis plusieurs jours se faisait aisément, commença à devenir difficile; le 8e jour, dans la soirée, le mal fit beaucoup de progrès, la dyspnée était très-marquée, et de temps en temps il y avait menace de suffocation. C'est alors que pour la première fois je fus appelé à donner des soins à cet enfant. A mon arrivée, je le trouvai dans un très-grand danger. Le petit malade respirait avec beaucoup de peine, il avait presque à chaque instant des accès de suffocation; la voix et la toux étaient complétement éteintes, et elles offraient le caractère qu'elles présentent dans

le croup. La respiration s'accompagnait, au niveau du larynx, d'un bruit de sifflement très-intense qu'on rencontre aussi dans le croup.

La poitrine, explorée avec soin, rendit partout un son clair; le murmure vésiculaire était obscurci par les bruits qui se produisaient dans le larynx; mais nulle part il n'était aboli.

La toux était sèche comme elle l'est dans le croup; la gorge ne nous offrit point de fausses membranes, les amygdales étaient légèrement gonflées, rouges. L'intelligence était conservée ainsi que les sens; rien de particulier du côté de l'estomac et des intestins; il y avait beaucoup de fièvre.

Persuadé que ce petit malade avait le croup, je lui fis prendre immédiatement 5 centigrammes de tartre stibié dissous dans deux cuillerées d'eau tiède.

Au bout d'une demi-heure, l'émétique n'ayant produit aucun effet, la même dose de tartre stibié fut administrée de nouveau. Le malade ne tarda pas à vomir des matières muqueuses mêlées de bile. Après le vomissement il se sentit un peu mieux, sa respiration devint moins difficile; cependant la voix et la toux conservèrent le même caractère. Je crus qu'il était nécessaire de mettre en usage les mercuriaux qui m'avaient déjà réussi dans le cas précédent, et dont les avantages ont été constatés par plusieurs auteurs, tels que Samuel Bard, Bayley, Rush et Douglas de Boston, et par MM. Bretonneau et Guersant père.

En conséquence, je prescrivis vingt-quatre paquets de 5 centigrammes de calomélas (un paquet toutes les heures, dans un peu d'eau sucrée); et je fis faire des frictions avec l'onguent mercuriel sur le cou et sous les aisselles (60 grammes par jour).

Toutefois, craignant que la trachéotomie ne devînt urgente d'un instant à l'autre, je fis appeler en consultation M. le docteur Guersant fils. A son arrivée, le petit malade se trouvait un peu moins oppressé. Il fut d'avis de continuer l'usage des médications que j'avais prescrites.

La nuit fut agitée, il y eut encore plusieurs accès de suffocation, qui cédèrent à l'administration de 5 centigrammes de tartre stibié.

Le lendemain, il y avait de l'amélioration dans les symptômes; la toux et la voix étaient encore éteintes, croupales; mais la respiration était moins pénible, et la toux était moins sèche que la veille. Le malade avait eu trois selles liquides, verdâtres, peu abondantes. Nous trouvâmes, au milieu des matières vomies, quelques débris de fausses membranes, minces, allongées, et paraissant provenir des tuyaux bronchiques.

La gorge fut examinée de nouveau et elle ne nous offrit point de traces de fausses membranes, le pouls avait de la fréquence, la peau était chaude; en outre, il y avait une grande agitation nerveuse.

On insiste sur le calomel à l'intérieur, sur les frictions mercurielles, et en outre on prescrit un lavement d'assa-fœtida.

Dans la journée, les accidents se montrant stationnaires, nous jugeâmes convenable de porter sur la glotte une solution de nitrate d'argent, à l'aide d'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine.

Je pratiquai moi-même cette opération à deux reprises différentes. Ce moyen fut bien supporté par le jeune malade, et il provoqua la toux et l'expulsion de produits pseudo-membraneux.

Le calomélas fut continué pendant trois jours, à la dose d'un gramme par jour; 120 grammes d'onguent mercuriel furent consommés dans le même

espace de temps; en outre, le malade prit 30 centigrammes d'émétique, à la dose de 5 centigrammes chaque fois.

Vers la fin du troisième jour, les accès de suffocation avaient disparu, mais la voix était toujours éteinte, la toux aphone et humide. — Le calomélas fut supprimé et remplacé par le kermès minéral, à la dose de 15 centigrammes dans un looch. — Le malade n'eut point de salivation et n'éprouva aucun accident mercuriel du côté de la bouche.

A dater de ce moment, le mieux continua; la fièvre perdit de son intensité, la diarrhée, occasionnée par le calomel, s'arrêta, et la convalescence s'établit. Quatre jours après la cessation de l'emploi des mercuriaux, le malade fut pris d'une fièvre intense et de démangeaisons très-vives sur toutes les parties du corps; le lendemain, nous vîmes se développer une éruption cutanée qui ne tarda pas à revêtir les caractères de l'hydrargyrie. Cette éruption fut générale, elle s'accompagna de beaucoup de fièvre et d'une grande agitation; mais au bout de cinq jours elle diminua d'intensité et elle ne tarda pas à disparaître; la fièvre cessa, l'appétit revint, et le malade entra dans une franche convalescence. Il a conservé de la toux pendant deux mois et demi, et sa voix a repris peu à peu son timbre naturel. Depuis cette époque, il jouit d'une bonne santé.

Obs. III. *Croup traité par les mercuriaux et le tartre stibié. (Guérison.)* — Une petite fille de cinq ans, appartenant à des parents pauvres et douée d'un tempérament lymphatique, fut prise d'une angine qui, au bout de six jours, se propagea aux voies aériennes et revêtit les caractères propres au croup. Appelé à lui donner des soins le septième jour, je mis en usage les moyens employés avec succès chez les deux malades dont l'histoire vient d'être rapportée. Le calomel fut administré à la dose d'un gramme par jour; des frictions mercurielles furent pratiquées sur le cou et sous les aisselles; en outre, 5 centigrammes de tartre stibifié furent donnés à différentes reprises, dans le but de combattre les accès de suffocation. Sous l'influence de ces moyens, la toux devint moins sèche, la respiration s'exécuta moins difficilement, et au bout de trois jours les accidents propres au croup étaient conjurés. Dans ce cas, de même que dans ceux qui précèdent, la toux persista plusieurs mois, la voix resta altérée dans sa force et dans son timbre. Mais il survint du côté de la bouche des accidents qui ne s'étaient point développés dans les deux autres cas. Vers le quatrième jour, les gencives étaient rouges, tuméfiées, saignantes; la langue et la face interne des joues se couvrirent d'aphthes; en même temps une abondante salivation s'établit. Les mercuriaux furent suspendus aussitôt. Nous eûmes recours aux moyens qu'on a coutume d'employer contre la salivation mercurielle : la cautérisation avec l'acide hydrochlorique, les gargarismes adoucissants, la diète lactée, firent promptement disparaître les accidents dont il s'agit ici. Depuis lors, cet enfant se porte bien.

J'aurais désiré recueillir un plus grand nombre de faits analogues, mais depuis deux ans, je n'ai pas rencontré d'autres cas de croup susceptible d'être combattu par ce genre de médication. Ainsi, en 1842, je fus appelé auprès d'un enfant qui était affecté du croup depuis plusieurs jours, et qui était arrivé à la dernière période de la maladie. Des

sangsues avaient été appliquées, à diverses reprises, sur le cou, et n'avaient apporté aucun changement dans la marche des symptômes ; déjà les forces étaient en grande partie épuisées, et la suffocation imminente depuis plus de vingt-quatre heures.

Dans ce cas, la toux et la voix offraient le caractère qui appartient au croup. Conjointement avec le médecin ordinaire du malade, nous prescrivîmes les mercuriaux et le tartre stibié, sans aucun espoir de succès.

La trachéotomie nous paraissait urgente, mais elle fut repoussée par les parents.

Quoi qu'il en soit, les accidents s'aggravèrent rapidement, et la mort survint quelques heures après notre visite, ainsi que nous l'avions annoncé. Les parents de ce petit malade avaient déjà perdu un enfant à la suite de la même affection.

Dans ce cas, les émissions sanguines ont été répétées plusieurs fois, et n'ont point réussi à enrayer la marche des accidents. Nous ne pourrions dire si les mercuriaux, associés à l'émétique et à la cautérisation, auraient eu un meilleur résultat, attendu que ces derniers moyens échouent également dans un certainnombre de cas ; mais ce que nous sommes obligé de déclarer, c'est que, jusqu'à présent, les malades atteints du croup que nous avons vu traiter par la saignée n'ont pas tardé à succomber. Aussi, les faits que nous avons observés nous conduisent à admettre, avec MM. Bretonneau, Guersant et Trousseau, que la saignée est plutôt nuisible qu'utile dans le traitement du vrai croup. En présence de ces résultats, on conçoit difficilement pourquoi des auteurs d'un mérite non contesté ont recommandé les émissions sanguines contre le croup. Il est impossible, en effet, que la même médication ait eu de grands succès suivant les uns, et qu'elle ait presque toujours été infructueuse suivant d'autres.

Les difficultés du diagnostic de cette maladie peuvent seules nous expliquer une aussi grande divergence d'opinions. En effet, il existe une maladie qui a beaucoup d'analogie avec le croup, et qui est loin d'en avoir la gravité. Cette maladie a été désignée par M. Guersant sous le nom de faux croup. Il est impossible de ne pas admettre cette distinction dans l'état actuel de la science; car le vrai croup, abandonné à lui-même, se termine presque toujours d'une manière funeste, tandis que le faux croup présente le contraire.

Ces deux espèces de croup ont des caractères anatomiques distincts. L'un consiste dans une phlegmasie simple de la membrane muqueuse des voies aériennes; l'autre, le vrai croup, diffère du faux croup par la formation de produits pseudo-membraneux à la surface interne des tuyaux

bronchiques. Il est aisé de ne pas confondre, sur le cadavre, le faux croup avec le vrai croup, mais il n'est pas aussi facile de les distinguer l'un de l'autre pendant la vie. Néanmoins, cette distinction est nécessaire pour apprécier d'une manière exacte l'influence de telle méthode thérapeutique sur la marche du croup. Ainsi, sans entrer dans de grands détails sur ce sujet, à quelle espèce de croup avions-nous affaire dans les trois cas que nous avons rapportés plus haut? L'existence du vrai croup me paraît incontestable chez les enfants des deux premières observations, et elle me semble probable chez le sujet de la troisième observation. En effet, si nous n'avons point aperçu de fausses membranes sur les amygdales et le voile du palais, nous avons trouvé, dans les matières vomies, des produits pseudo-membraneux qui, par leur forme, ressemblaient à de fausses membranes détachées des tuyaux aériens. Ajoutons que, dans les trois cas dont il s'agit ici, la marche des symptômes a été en harmonie avec celle qui appartient au vrai croup. L'extinction complète de la voix, la toux sèche et aphone, la respiration sifflante et sèche, se sont montrées à un haut degré dans nos trois observations; or, on sait que ces phénomènes se remarquent dans le vrai croup, et non dans le faux croup.

Après avoir établi que l'affection que nous avons eu à combattre était le vrai croup, il nous reste à déterminer si sa guérison est due au traitement que nous avons mis en usage. Pour nous, qui avons suivi les progrès de la maladie, nous ne doutons pas qu'abandonnée aux seules ressources de la nature, elle ne se fût terminée par la mort. Dans deux cas (*Obs*. I et II), on se rappelle qu'au moment où le traitement fut commencé, les accidents étaient déjà parvenus à un très-haut degré d'intensité; on se rappelle que les malades étaient en proie à des accès de suffocation, et qu'aussitôt l'emploi du tartre stibié la dyspnée a perdu de son intensité. Ce remède nous a permis de différer l'opération de la trachéotomie, que, d'après la violence des symptômes, nous avions d'abord jugée devoir être inévitable. Dans la suite, malgré l'administration du calomel à haute dose, les accès de suffocation se reproduisirent, et le tartre stibié les fit disparaître de nouveau. Ces circonstances ne permettent pas de révoquer en doute les bons effets du tartre stibié; mais est-ce à ce remède qu'il faut attribuer la guérison dans les trois cas rapportés plus haut? Nous ne le pensons pas; et nous fondons notre opinion sur les motifs suivants : 1° l'amélioration qui a succédé à l'ingestion de l'émétique, fut bien plus marquée après qu'avant l'emploi des préparations mercurielles; 2° la toux a perdu de sa sécheresse à dater de l'époque où les mercuriaux furent administrés.

Quoi qu'il en soit, nous sommes disposé à admettre que le mercure

exerce une influence favorable sur la marche de l'inflammation pseudo-membraneuse des voies aériennes, et qu'il peut concourir à empêcher la formation des fausses membranes, ou du moins à en faciliter l'expulsion. On sait que ce remède jouit de la vertu de rendre le sang moins plastique, et d'exciter la sécrétion des membranes muqueuses buccales, On conçoit qu'il porte également son action sur la membrane interne des conduits bronchiques, et qu'il modifie avantageusement la sécrétion de cette membrane.

Après avoir fait connaître les avantages qui peuvent résulter de l'emploi des mercuriaux dans le croup, disons quelques mots de ses inconvénients.

Le mercure, donné à haute dose, ainsi que nous l'avons administré chez nos malades, peut amener une salivation abondante, des aphthes plus ou moins étendues sur la langue et les joues. Nous avons vu cet effet se produire dans un cas (*Obs.* III[e]). Il nous a suffi de suspendre l'administration des mercuriaux, pour en arrêter les progrès. Dans un autre cas (*Obs.* I[re]), le mercure, porté aux mêmes doses, n'a déterminé aucun accident. Quant au malade de la 2[e] observation, il ne nous a rien présenté du côté de la bouche ; mais, en revanche, il nous a offert, du côté de la peau, une éruption très-remarquable. Cette éruption s'est accompagnée d'une fièvre assez intense, mais elle n'a été suivie d'aucun accident sérieux.

En résumé, dans les trois cas qui font l'objet de cette note, les mercuriaux n'ont laissé à leur suite aucune trace fâcheuse: aussi nous pensons qu'on ne doit pas craindre de les administrer à haute dose, pourvu qu'on ait le soin d'en suspendre l'usage au bout de deux ou trois jours.

D'ailleurs, il ne faut pas négliger l'emploi d'autres médications qui peuvent exercer sur le croup une influence favorable. Ainsi la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent, préconisée par MM. Bretonneau et Trousseau, mérite toute l'attention du praticien. Quant à la trachéotomie, elle ne peut être employée que comme ressource extrême, dans certains cas déterminés. A. Nonat.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE CYSTOCÈLE VAGINAL.

Le déplacement de la vessie par le vagin, ou cystocèle vaginal, a été dans ces derniers temps le sujet de travaux intéressants et assez nom

breux pour qu'aujourd'hui il soit possible en les résumant d'établir l'histoire de cette affection longtemps méconnue.

Le cystocèle vaginal n'a été apprécié et défini que dans le siècle dernier. La première observation en fut publiée par Verdier en 1753; la deuxième, au dire de M. Malgaigne, à qui nous faisons cet emprunt historique, fut communiquée à Hoin par Chaussier; une troisième fut publiée par Sandifort un peu plus tard; en 1791, Chopart n'en citait encore que deux autres, et Sabatier, sans tenir compte des faits de ce dernier, ne connaissait que les deux observations de Verdier et de Chaussier, auxquelles sa vaste expérience ne lui avait permis d'en ajouter qu'une troisième. Si à ces quelques faits on en rattache un dernier, relaté par Astley Cooper, on aura tout ce que l'on savait du cystocèle vaginal en 1833, époque à laquelle M. Roguetta se livra à l'étude de cette affection avec les matériaux que nous connaissons déjà, en y ajoutant toutefois deux nouvelles observations. Deux ans plus tard, un mémoire fut lu devant l'Académie de médecine, par une sage-femme, madame Rondet, qui à elle seule, et dans l'espace de quelques années, avait eu occasion d'observer plus de cystocèles vaginaux que tous les chirurgiens réunis : son mémoire en contenait vingt-sept cas. Ce chiffre tendait donc déjà à établir que ce genre de déplacement de la vessie était loin d'être aussi rare qu'on le croyait généralement. En 1840 M. Jobert de Lamballe appela de nouveau l'attention sur la fréquence du cystocèle vaginal, pour le traitement duquel il proposa un nouveau procédé opératoire. Enfin M. Malgaigne vient tout récemment de publier dans le *Journal de Chirurgie*, qu'il rédige, une série de recherches qui confirment les travaux antérieurs par des résultats nouveaux, dont la rigueur statistique nous paraît devoir servir avantageusement à élucider le point de pathologie dont il est question. C'est ainsi que, d'après ce dernier observateur, contrairement à l'opinion universellement répandue, le cystocèle ne serait pas seulement une affection très-fréquente, mais il serait à lui seul aussi commun pour le moins que toutes les autres variétés de prolapsus vaginaux; c'est du moins ce que tend à établir le tableau numérique suivant, donné par l'auteur. Pour 74 cas de prolapsus il renferme 39 cystocèles, 18 rectocèles, 15 chutes de matrice, 2 élytrocèles. 189 femmes examinées avec soin donnèrent ce chiffre 74. Toutes se plaignaient de prolapsus du vagin; or, deux seulement en étaient réellement atteintes. Il s'ensuivrait donc que le prolapsus vaginal simple est fort rare, tandis qu'il serait très-commun de l'observer en même temps que celui de la vessie ou du rectum. Ne pourrait-on pas conclure de ce qui précède que l'état pathologique décrit par les auteurs anciens sous le nom de chute du vagin,

n'est autre, bien souvent, que ce que l'on est convenu d'appeler aujourd'hui cystocèle quand la procidence s'effectue en avant, et rectocèle si elle a lieu en arrière? L'étude des rapports anatomiques existant entre le vagin, la vessie, et surtout le rectum, est de nature à confirmer cette manière de voir. En effet, la face antérieure du canal vulvo-utérin est unie au bas-fond de la vessie par un tissu cellulaire filamenteux très-serré, et ne saurait être isolée du canal de l'urètre, qui paraît comme creusé dans son épaisseur; cette adhérence intime du vagin à la vessie, qui établit entre les deux une solidarité de position presque indestructible, explique pourquoi le déplacement de l'un entraîne presque constamment celui de l'autre. La même relation anatomique existe entre le vagin et le rectum, mais elle est moins intime, le tissu cellulaire qui les unit est beaucoup plus lâche. Aussi le rectocèle est-il moitié moins fréquent que le cystocèle, la paroi correspondante du vagin pouvant se déplacer isolément et sans entraîner l'intestin. Ajoutons encore que, pour la même raison de voisinage et de rapport, le cystocèle accompagne fréquemment les chutes de l'utérus. On peut donc d'après cela établir avec M. Malgaigne deux espèces de cystocèle, l'un simple, l'autre compliqué, soit d'un rectocèle, soit d'un élytrocèle partiel, ou d'une chute de matrice. Nous nous occuperons surtout du cystocèle simple, comme étant celui qui, d'après M. malgaigne, s'observe le plus souvent à différents degrés. Disons toutefois qu'il nous paraît difficile de comprendre comment, lorsque la muqueuse du vagin et la paroi contiguë de la vessie sont dans un état de procidence tant soit peu prononcée, la matrice elle-même ne serait pas un peu abaissée ou du moins déviée de sa direction par la traction qu'exercent sur elle les parties déplacées; et, malgré toute l'autorité et la valeur très-grande que nous accordons aux recherches de M. Malgaigne, il sera désormais nécessaire, pour lever tout doute à cet égard, de noter avec plus de soin la situation et la direction de la matrice par rapport à l'axe du canal vulvo-utérin. Pour ma part, dans les cas de cystocèle que j'ai eu occasion d'observer, j'ai toujours constaté un déplacement du corps de l'utérus, qui le plus ordinairement, au lieu de s'abaisser directement, se renverse un peu en avant. Quant au mécanisme de sa formation, il a été l'objet de quelques recherches de la part de M. Roguetta. Ce médecin a tenté des expériences sur le cadavre, et il est parvenu à produire un cystocèle vaginal artificiel par des injections faites à différentes reprises dans la vessie, et en affaiblissant la résistance de la paroi antérieure du vagin à l'aide d'une sonde d'homme. De ces expériences M. Roguetta conclut que la laxité de la paroi antérieure du vagin est indispensable pour que la tumeur puisse se développer. La

réplétion de la vessie, la pression qu'elle supporte dans la grossesse, agissent, suivant cet expérimentateur, d'une manière efficace pour déterminer l'affaiblissement favorable à la production du cystocèle. M. Jobert a fait aussi plusieurs expériences sur le cadavre, et il lui a semblé que le déplacement du vagin était produit par le relâchement des moyens d'union qui existent entre cet organe et les parties environnantes, comme par exemple l'aponévrose, qui se prolonge du col de la vessie et de la partie postérieure du pubis sur les côtés du vagin, ce qui lui paraît expliquer l'abaissement de la paroi antérieure de ce conduit : car, d'après les observations qui lui sont propres, le chirurgien de Saint-Louis ne croit pas que dans le cystocèle il y ait à proprement parler affaiblissement de la paroi vaginale; chez plusieurs femmes qu'il a opérées il y avait plutôt hyperthrophie que faiblesse de la cloison. Aussi est-il d'avis qu'on ne saurait admettre comme cause possible du cystocèle l'unique affaiblissement des fibres du vagin, et à l'appui de cette opinion il cite le fait que voici : une femme, âgée de trente-sept ans, entra le 26 février 1839 à l'hôpital Saint-Louis, où elle succomba le 17 juin par suite du progrès que firent plusieurs tumeurs encéphaloïdes qu'elle portait dans le ventre. Cette femme présentait de plus une tumeur molle, fluctuante, ovoïde, faisant saillie hors la vulve ; elle s'étendait depuis le méat jusqu'au col de la matrice qui était abaissé. Le cathétérisme fit reconnaître dans cette tumeur un cystocèle; à l'autopsie on s'assura que la vessie n'offrait aucun changement, ni dans son épaisseur, ni dans sa consistance. L'aponévrose pelvienne n'était le siége d'aucune éraillure, seulement ses fibres étaient plus écartées et plus longues, et les ligaments pubio-vésicaux avaient une largeur beaucoup plus considérable que dans l'état ordinaire. La dissection de la paroi antérieure du vagin ne présenta pas la moindre déchirure, et en introduisant dans ce conduit un corps quelconque, on pouvait se convaincre qu'il n'était aminci dans aucun point. — Ces données, fournies par l'anatomie pathologique, conduisent naturellement à se demander si le cystocèle est bien à sa place parmi les hernies. D'accord avec M. Jobert, nous pensons qu'il n'y a réellement hernie de la vessie que dans les cas extrêmement rares où une partie de cet organe vient à s'engager au travers d'une éraillure ou d'un écartement des tissus qui forment la paroi vaginale. En dehors de ces faits d'exception, on ne retrouve aucune des conditions anatomiques qui constituent la hernie proprement dite; aussi le cystocèle doit-il être considéré comme le prolapsus simultané de la vessie et du vagin. Quant à son développement, il s'effectue avec lenteur et par degrés insensibles. C'est du moins ce que les observateurs ont noté dans le plus grand nombre des cas. Une fois M. Mal-

gaigne a vu le cystocèle survenir brusquement à l'occasion d'un effort violent. Voici le fait tel qu'il se trouve consigné dans le *Journal de Chirurgie*.

En mars 1835, Mme D..., sage-femme, âgée de 45 ans, ayant eu plusieurs enfants, assistait une femme en travail : pour activer les douleurs, elle la faisait marcher en la soutenant par-dessous les bras, lorsque, dans un effort nécessité par cette manœuvre, elle sentit une tumeur descendre brusquement à la vulve, avec des tiraillements aux aines et des douleurs de reins : elle continua à assister la femme, revint chez elle, et put encore retourner chez sa malade ; mais vers le soir, les douleurs l'obligèrent de se coucher. Pendant la nuit, qui fut sans sommeil, il y eut des tiraillements dans les aines, des envies fréquentes d'uriner, et l'urine, en passant sur la tumeur, y déterminait une sensation de brûlure. M. Malgaigne vit Mme D... à dix heures du matin ; elle était couchée en supination, le pouls agité, sans fièvre. L'urine était rendue à chaque instant et en petite quantité. Au toucher, le chirurgien sentit une tumeur qui dépassait la vulve comme la moitié d'un petit œuf de poule, parsemée de rides fortement dessinées et transversales, excessivement douloureuse surtout à la pression. Le doigt pouvait filer entre elle et la paroi postérieure du vagin ; en avant, la tumeur et la paroi vaginale étaient en contact très-serré ; le doigt sentait une résistance qui faisait présumer qu'il y avait un cul-de-sac très-peu éloigné. Ne conservant aucun doute sur la nature de la tumeur, le chirurgien procéda à la réduction, avec le doigt index et le médius de la main droite. Les premiers efforts, bien que modérés, causèrent des douleurs atroces ; on continua lentement, poussant un peu, puis se bornant à maintenir le terrain que l'on avait gagné. Il fallut près d'une demi-heure pour faire disparaître la tumeur en totalité ; elle était rentrée dans le vagin sans s'effacer, et ne s'affaissa que sous une compression prolongée : pour la maintenir réduite, M. Malgaigne se servit d'une petite éponge qu'il enveloppa d'une compresse taillée en croix de Malte pour faire moins de plis ; le tout fut imbibé d'huile ; la malade introduisit elle-même le tampon ; l'éponge étant dans le vagin, les bouts de la croix de Malte à la vulve, on mit quelques fines compresses par-dessus, puis on referma les grandes lèvres, que l'on soutint avec des compresses plus épaisses, et le tout fut maintenu par un mouchoir en cravate attaché en manière de chauffoir. La malade fut couchée sur le dos, le bassin soulevé par un oreiller, et l'on arrosa les compresses et le tampon avec une solution très-concentrée de sulfate de zinc. Les tiraillements des aines et des lombes persistèrent une partie de la journée, mais moins forts et par intervalles. Le besoin d'uriner était vif ; l'urine, en sortant, causait des

douleurs brûlantes. Deux jours après, la malade ôta le tampon ; le troisième jour, elle se leva sur son séant ; le quatrième, elle fit quelques tours dans sa chambre ; mais quelques tiraillements la déterminèrent à garder le lit quelques jours encore, après lesquels elle se leva et fut guérie. Cette dame avait eu, dix-huit ans auparavant, un accident de tout point semblable, dont elle ne s'était jamais ressentie malgré ses couches réitérées. Huit ans se sont passés depuis la récidive, et le cystocèle n'a pas reparu.

En outre que ce fait, qui n'a peut-être pas son semblable dans la science, permet d'étudier les phénomènes primitifs du cystocèle, il renferme de plus un résultat très-consolant pour la thérapeutique de cette lésion, je veux parler de la guérison radicale sans récidive. Quant à la conduite suivie par le chirurgien, elle est de tout point conforme aux indications, et elle pourra, dans les mêmes circonstances, éclairer le praticien. Ajoutons avec l'auteur que le diagnostic ne pouvait laisser aucun doute : le col utérin était à sa place, et la tumeur, nettement circonscrite par en haut, repoussait l'idée d'une hernie intestinale entre la vessie et le vagin. L'étiologie du cystocèle nous révèle des causes prédisposantes dont les principales paraissent être l'âge, la profession et la grossesse. C'est ainsi que, d'après les chiffres de M. Malgaigne, ce serait de 30 à 40 ans, puis de 40 à 50, que se produiraient le plus communément les cystocèles. Un certain nombre a été observé dans la période de 20 à 30 ans ; mais avant l'âge de 20 ans, et passé celui de 50, ils sont exceptionnels ; d'où il suit que le cystocèle vaginal, de même que la plupart des autres lésions des organes génito-urinaires de la femme, se rattache à cette période de la vie pendant laquelle s'exerce la double influence des règles et de la fécondation. Parmi les professions qui favorisent le prolapsus de la vessie et du vagin, on doit placer au premier rang toutes celles qui nécessitent des efforts musculaires et, d'après M. Jobert, l'exercice fréquent des membres inférieurs, surtout la station debout habituelle. M. Malgaigne a noté que, parmi les femmes qu'il a soumises à son examen, se trouvaient des blanchisseuses dans une proportion assez notable ; et il s'est demandé si l'humidité dans laquelle elles vivent n'aurait pas pour effet de relâcher les tissus ?

Quant au rôle que joue la grossesse dans la production du cystocèle, il est constant qu'il ne s'observe guère que chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants ; il paraîtrait même que la fréquence de la maladie devrait être attribuée moins à la difficulté des accouchements qu'au grand nombre de grossesses, ce qui viendrait à l'appui de cette idée, que le cystocèle est préparé, pour ainsi dire, par la pression que l'utérus,

pendant la gestation, exerce sur la vessie, pression qui a pour effet l'agrandissement de ses diamètres transverses. N'omettons pas de dire toutefois que, dans deux cas, il n'y avait eu aucune grossesse antérieure. Le premier fait appartient à Sandifort; il a trait à une vierge âgée de 25 ans, sujette à de violentes attaques d'hystérie et à une toux convulsive; après chaque accès, survenait une rétention d'urine, et ce fut en explorant alors la vessie que Sandifort reconnut le prolapsus. L'autre exemple est celui d'une jeune fille de 17 ans, reçue par Ast. Cooper à l'hôpital de Guy, pour un cystocèle volumineux.

A ces diverses causes prédisposantes, on pourrait, je pense, en ajouter une dernière que les auteurs n'ont peut-être pas assez prise en considération; je veux dire la réplétion souvent forcée de la vessie par l'urine, ce qui se voit très-fréquemment chez les femmes à qui les convenances sociales imposent une retenue souvent exagérée. En recherchant maintenant la cause déterminante du déplacement qui nous occupe, on trouve que, chez presque toutes, il constitue une suite des couches. Ainsi, chez celles qui ont eu plusieurs enfants, la tumeur apparaît ordinairement après le premier accouchement, et acquiert ensuite un développement de plus en plus marqué à chaque grossesse.

Abordons maintenant l'étude symptomatique du cystocèle vaginal, qui n'est certes pas la partie la moins importante de l'histoire de ce prolapsus, puisque sans elle le diagnostic n'offrirait aucune certitude. Les femmes sont averties de l'existence de l'affection dont elles sont atteintes par la sensation d'un corps étranger qui tend à s'échapper par la vulve, et par un besoin d'uriner qui se renouvelle à chaque instant. Si, lorsque les premiers phénomènes se manifestent, on examine les malades debout, les cuisses écartées, en leur recommandant de pousser comme pour aller à la garderobe, on voit une tumeur qui fait saillie entre les grandes lèvres: rougeâtre, arrondie, plus ou moins humide, elle presente à sa surfaee des plis transversaux, qui s'effacent à mesure que la tumeur prend plus de développement: au toucher, elle est molle, sans résistance, cédant à la pression, facile, par conséquent, à refouler dans le vagin. Le cystocèle ne répond pas toujours au même point de la vessie: tantôt c'est le bas fond de cet organe qui le constitue, ou bien la partie moyenne de son corps, ou la portion tout à fait en rapport avec son col, et même l'urètre. Cette différence en établit une dans la situation de la tumeur, qui est ainsi plus ou moins élevée. Il est beaucoup plus rare, suivant M. Malgaigne, de voir la partie supérieure de la vessie constituer le cystocèle; quand cela a lieu, par le toucher on ne retrouve plus, entre la tumeur et le col utérin, le cul-de-sac qui les sépare dans tous les autres cas, et la lèvre antérieure du museau de tanche se

confond avec la muqueuse qui recouvre la tumeur elle-même. Quant à son volume, il varie ordinairement depuis la grosseur d'un œuf de pigeon jusqu'à celle du poing. Il y en a qui, limités à l'urètre, et tout au plus au col de la vessie, se montrent sous l'aspect d'une saillie vermiculaire, et échapperaient aisément à l'investigation du chirurgien s'ils ne s'accompagnaient d'accidents comme s'ils étaient très-volumineux. M. Malgaigne en rapporte plusieurs exemples. Dans les efforts de toux, de défécation, et dans la station, le volume de la tumeur augmente; il diminue, au contraire, par le décubitus dorsal. « Chez presque tous les malades, dit M. Jobert, le col vésical est déplacé au point que l'excrétion des urines est difficile ou impossible » ; cette assertion de l'habile chirurgien de Saint-Louis se trouve en opposition avec le fréquent besoin d'uriner que nous signalions tout à l'heure, d'après M. Malgaigne, comme un des premiers phénomènes du cystocèle. Cela tient à ce que M. Jobert a toujours vu la maladie compliquée de chute de la matrice, et alors la symptomatologie est parfaitement exacte, tandis que M. Malgaigne, qui a surtout observé des cas de cystocèle simple, prétend que les femmes peuvent, sans aucune difficulté, satisfaire au besoin d'uriner, qui se renouvelle quelquefois avec une fréquence vraiment extraordinaire.

Ainsi on trouve dans le *Journal de chirurgie* l'observation d'une fille de quarante-huit ans, qui portait depuis trois mois un très-petit cystocèle, et qui à l'origine de la maladie urinait, disait-elle, au moins quatre-vingt-quinze fois par jour. Il n'est pas un symptôme qui soit d'ailleurs sujet à plus de variations que celui dont il s'agit. Telle femme urine aisément pendant le jour, et qui la nuit éprouve de la difficulté. Chez celle-ci l'émission des urines est extrêmement douloureuse, Chez celle-là, au contraire, elle est facile et presque avec sa fréquence ordinaire. Parmi les autres anomalies, M. Malgaigne cite l'exemple de deux femmes qui se présentèrent au bureau central en 1840. L'une, pour uriner, était obligée de s'accroupir, parce que de haut le jet d'urine se dirigeait en avant contre la chemise; l'autre ne pouvait uriner ni couchée ni accroupie, et était obligée de se tenir debout.

Chez ces deux femmes, le cystocèle avait un peu plus que le volume d'un œuf ordinaire; il diminuait au fur et à mesure de l'expulsion de l'urine. Il est sans doute logique de penser que toutes ces variétés symptomatiques sont en rapport avec la forme et le degré de déplacement de l'organe urinaire, et surtout avec la déviation éprouvée par l'urètre. Quant aux autres phénomènes déterminés par le cystocèle, ils n'ont qu'une valeur tout à fait secondaire. Quelques femmes éprouvent habituellement des cuissons, d'autres accusent des flueurs blanches;

pour peu que la tumeur se produise à l'extérieur du vagin, la membrane muqueuse, soumise au contact des vêtements, s'irrite, s'enflamme, et peut acquérir une épaisseur plus considérable que dans l'état ordinaire, circonstance que M. Jobert a signalée, sans remonter toutefois à la cause qui la détermine réellement. D'après les signes que nous venons d'énumérer, le cystocèle nous semble impossible à confondre avec toute autre lésion des organes génitaux, soit une leucorrhée, soit une maladie de matrice, soit un kyste vaginal. La tumeur, en effet, n'a aucune ressemblance avec le col utérin, et lorsque l'utérus est descendu en même temps que la vessie, celle-ci, comme le remarque fort judicieusement M. Malgaigne, forme toujours en avant une saillie que ses rapports avec l'urètre rendent très-facile à connaître. Quant aux kystes séreux développés dans l'épaisseur de la paroi du vagin, ils sont, d'après le même observateur, plus sûrs, n'augmentent point par les efforts, ne s'affaissent point sous la pression, et enfin n'ont aucune influence sur les fonctions vésicales. Si les faits que l'auteur a observés lui ont permis d'établir ces caractères différentiels entre le kyste vaginal et le cystocèle, il n'en est pas moins prouvé pour nous que sans le secours du cathétérisme pratiqué en même temps que l'on exerce le toucher par le vagin, le diagnostic pourrait, dans certains cas, n'être pas suffisamment justifié. Nous croyons donc qu'entre les kystes vaginaux et le cystocèle, l'exploration simultanée du vagin et de la vessie est un criterium indispensable.—Frappés des nombreux et graves inconvénients déterminés par le cystocèle, les chirurgiens durent sérieusement se préoccuper des moyens d'y remédier. Réduire la tumeur est la première indication à remplir. C'est aussi celle qui offre le moins de difficulté. Une fois réduite, il fallait l'empêcher de se reproduire ; pour cela on a conseillé des pessaires de plusieurs formes. Le pessaire en gimblette, d'abord employé, fut plus tard mis de côté et remplacé par des pessaires en caoutchouc que fit fabriquer M. Malgaigne. Ce dernier pessaire a l'avantage d'exercer sur les parties inférieures de la vessie une pression qui l'empêche de descendre, et en même temps d'offrir un point d'appui à la partie supérieure. Disons que le pessaire en caoutchouc a l'inconvénient de se ramollir sous l'influence de la chaleur et des mucosités vaginales, surtout quand les femmes ont des flueurs blanches ; de là la nécessité de le retirer souvent afin de le nettoyer : il est bon d'en avoir un de rechange. Chez les femmes qui ont eu la fourchette déchirée, et chez qui l'orifice du vagin a une ampleur insolite, aucun pessaire en caoutchouc pur n'est assez solide pour résister aux efforts de défécation ; ils se renversent et glissent en dehors. Chez une dame qui se trouvait dans ces conditions, M. Malgaigne fit faire un pessaire en gimblette qui avait

près de quatre pouces de diamètre : il maintint suffisamment la vessie.

A côté de ce traitement, qui n'est que palliatif, il en est un autre qui se propose de guérir radicalement le cystocèle en rétrécissant le vagin au moyen d'une opération chirurgicale, qu'il nous reste à faire connaître pour compléter l'étude de ce prolapsus. Plusieurs procédés ont été mis en usage par MM. Dieffenbach, Marshall, Zwing, Velpeau et Bérard jeune. Le premier excisait les plis relâchés de la face interne des grandes lèvres, et obtenait par suppuration une cicatrice solide. Marschall, après avoir réduit la tumeur, diminuait d'étendue l'ouverture par l'enlèvement d'un large lambeau elliptique, taillé aux dépens de la muqueuse; il rapprochait ensuite les lèvres de la plaie au moyen de la suture.

En 1835, M. Velpeau communiqua à l'Académie de médecine l'observation d'une femme chez laquelle, pour un cas de cystocèle compliqué de chute de matrice, il enleva trois lambeaux de la membrane muqueuse du vagin, un antérieur, et deux latéraux, larges chacun de six lignes, commençant à la vulve et ayant chacun deux pouces de long : M. Velpeau, pour n'être pas gêné dans l'application de la suture, eut soin de passer les aiguilles d'avance.

Au mois de janvier 1840, M. Jobert fit connaître à l'Académie un nouveau procédé qu'il appliqua deux fois avec succès. Chez une première malade la tumeur se présentait entre les grandes lèvres, écartant les petites lèvres et refoulant en haut l'urètre et le clitoris. On apercevait le col de la matrice, qui se trouvait entraînée par le prolapsus. Le cystocèle dans son ensemble représentait assez bien un ovoïde. Pour diminuer le volume de la tumeur sans produire une perte de substance considérable, le chirurgien dessina à sa surface, au moyen du nitrate d'argent, deux lignes transversales, une postérieure, longue de cinq pouces, l'antérieure de quatre; entre ces lignes existait un écartement d'un pouce et demi au centre et d'un pouce seulement aux extrémités : attaquant ces mêmes lignes à différentes reprises et à plusieurs jours d'intervalle avec le même caustique, M. Jobert détruisit graduellement toute l'épaisseur correspondante de la paroi du vagin, puis il aviva avec le bistouri les bords de la surface entamée, en laissant le fond intact. Pour réunir ces mêmes bords, il se servit de la suture entortillée, ayant soin préalablement de refouler en haut la portion du vagin située entre les deux lignes, et de rétablir ainsi la vessie dans sa position habituelle.

L'opérateur appliqua successivement sept points de suture : il se servit d'aiguilles terminées en fer de lance et portées sur une gaîne : les gaînes seules restèrent en place et durent maintenir les fils, les aiguilles en ayant été retirées à chaque point de suture. « Le séjour à l'hôpital de la malade ainsi opérée, ajoute M. Jobert, s'est prolongé plusieurs mois;

nous l'avons revue dans les derniers jours de janvier, six mois après son opération ; elle avait exercé son état de blanchisseuse et n'avait éprouvé aucune incommodité. » Une seconde malade fut soumise au même traitement, et deux mois après la guérison se maintenait. Si ces faits sont trop peu nombreux pour se poser dans la science avec une autorité absolue, il faut avouer cependant qu'ils constituent un progrès réel dans le traitement du cystocèle, et qu'ils doivent vivement encourager les chirurgiens à tenter de nouveaux essais.

A. FORGET.

DE L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE, DE SA NATURE ET DE SON TRAITEMENT.

Par M. REYNAUD, second chirurgien en chef de la marine et professeur de chirurgie à l'école de Médecine de la marine à Toulon.

On désigne sous le nom d'orchite blennorrhagique, de chaudepisse tombée dans les bourses, l'engorgement inflammatoire du testicule et de ses annexes, qui se montre si souvent chez les hommes atteints d'écoulement urétral. On a admis pendant longtemps que le testicule était le siége principal de cette affection, sans être arrêté par la difficulté d'expliquer le volume considérable qu'acquiert si rapidement le scrotum par la tuméfaction seule d'un organe enfermé dans une enveloppe fibreuse aussi dense que la tunique albuginée. MM. Gaussail, Rochoux, Marc, Moreau, ont cherché par des travaux récents à démontrer l'exagération et l'inexactitude de cette opinion ; à prouver que le testicule et l'épididyme n'étaient pas toujours la cause unique de la tumeur ; qu'ils ne jouaient souvent qu'un rôle secondaire dans sa formation. Pour moi, l'orchite blennorrhagique n'est pas due constamment à l'affection des mêmes parties; elle peut avoir son siége seulement dans l'épididyme et la tunique vaginale, dans l'épididyme, le canal déférent, le testicule et la tunique vaginale ; elle peut occuper toutes ces parties en même temps, ou quelques-unes d'elles seulement, l'épididyme pourtant prenant toujours part à la maladie.

L'orchite n'est jamais pour moi un symptôme d'infection syphilitique ; elle n'est jamais une preuve de la virulence de l'urétrite qu'elle vient compliquer ; elle peut survenir dans les urétrites les plus bénignes et les plus étrangères à toute infection vénérienne, elle se montre même plus souvent peut-être dans les irritations du canal dues à une cause extérieure, à une action mécanique, à la présence d'une sonde trop grosse, que dans les écoulements auxquels le coït donne naissance.

L'engorgement du testicule est-il produit par la métastase de l'inflam-

mation urétrale, ou bien est-il le résultat de la propagation de l'affection de la muqueuse de l'urètre à l'appareil de sécrétion spermatique par voisinage et par continuité de tissu?

La première opinion a eu beaucoup de partisans et en compte encore un bon nombre. L'influence qu'exerce ordinairement sur l'urétrite l'apparition de l'orchite, l'accroissement qu'offre souvent de nouveau l'écoulement, lors de la diminution et de la disparition de la maladie du testicule, sont leurs arguments principaux.

Sans vouloir nier absolument, et dans tous les cas, la nature métastatique de l'orchite, j'ai la conviction que la métastase n'est pas la cause habituelle de l'engorgement du testicule. Celui-ci agit bien manifestement d'une manière dérivative sur le canal, mais son début, sa cause première sont le plus souvent le résultat de la continuation de l'inflammation dans les voies spermatiques, par la muqueuse des conduits éjaculateurs. Aussi voyons-nous le plus fréquemment survenir l'orchite au moment où l'urétrite, qui, pendant les premiers jours, n'occupait que la fosse naviculaire et son voisinage, s'étend vers le col vésical et envahit les portions membraneuse et prostatique. Aussi nous voyons souvent apparaître des engorgements testiculaires, dans les lésions des parties profondes du canal, dans les rétrécissements qui, presque toujours, siégent vers la région membraneuse et le bulbe.

Mais, soit que l'orchite résulte d'une métastase, soit qu'elle se développe par continuité de tissu, elle exerce dans tous les cas une influence notable sur l'écoulement blennorrhagique. Quelquefois cet écoulement se supprime entièrement au moment de la manifestation de la maladie du testicule; j'ai observé ce fait vingt-deux fois sur cent; souvent il diminue seulement, et ce résultat s'est offert quarante-deux fois sur cent; quelquefois, trente-cinq fois sur cent, il n'éprouve aucun changement bien sensible. Rarement l'écoulement supprimé ne reparaît pas, cela a lieu cinq fois sur cent; dans quelques circonstances, soit qu'il se fût montré de nouveau après quelques jours de suppression, soit qu'il existât encore après l'apparition de l'orchite, il cesse tout à fait pendant la durée de celle-ci, et cela dix-sept fois sur cent. Le plus souvent, soixante et dix-sept sur cent, l'écoulement existe encore à des degrés variables lors de la guérison de la maladie du testicule, et exige l'emploi des moyens habituellement employés contre les écoulements urétraux. Quelquefois la chaudepisse, supprimée ou amoindrie seulement par l'orchite, se montre de nouveau avec des douleurs urétrales et des érections fatigantes; mais dans la presque totalité des cas, elle reparaît avec une force variable, mais sans douleur et sans aucun signe d'acuité.

Divers traitements ont été conseillés pour la guérison de l'orchite.

Par une ancienne pratique on a cherché à répercuter la maladie, à la faire disparaître subitement, et dans ce but on a appliqué sur le scrotum de la terre de rémouleur, des terres alumineuses, des compresses vinaigrées, des eaux savonneuses, froides, etc. A l'aide de ces moyens on a pu, dans quelques cas, obtenir la disparition d'un engorgement à son début, mais le plus souvent le mal augmentait au lieu de s'amender.

Un autre traitement, préconisé par Delpech et M. Ribes, est destiné aussi à enrayer la marche de l'orchite ; il consiste à administrer le poivre cubèbe et le baume de copahu à doses un peu élevées, soit après avoir apaisé l'inflammation testiculaire par les saignées générales et locales, soit dès son apparition, ou à une époque quelconque de son existence. Sous l'influence de cette médication l'orchite, au dire des auteurs que j'ai cités, rétrograde rapidement et disparaît bientôt, et en beaucoup moins de temps que par les émollients et les antiphlogistiques seuls.

J'ai essayé plusieurs fois cette méthode : j'ai prescrit le poivre cubèbe à la dose de 15, 25, 30 et même 40 grammes par jour ; je l'ai donné dès l'arrivée des malades à l'hôpital ; j'ai, d'autres fois, attendu d'avoir abattu les symptômes les plus aigus par les émissions sanguines : j'ai employé de la même manière le baume de copahu liquide et solidifié et la potion de Chopart, et jamais, je dois l'avouer, je n'ai pu en obtenir le moindre bon résultat.

Le traitement qui compte le plus grand nombre de partisans, et qui est presque exclusivement mis en pratique de nos jours, est le traitement par les émollients et les antiphlogistiques seuls ou aidés des résolutifs, à des époques plus ou moins avancées de la maladie.

Mais la saignée doit-elle être préférée aux sangsues, et celles-ci doivent-elles être appliquées sur le scrotum ou ailleurs ? Quel est le moment le plus opportun pour l'emploi des résolutifs ? Quels sont les résolutifs qu'il faut choisir de préférence ? Faut-il, enfin, chercher à rappeler l'écoulement urétral, comme le conseillent encore quelques praticiens, ou doit-on l'abandonner à lui-même et ne s'en occuper qu'après la guérison de l'orchite ?

Je vais dire, sur ces diverses questions, ce que m'ont appris des essais comparatifs suivis avec beaucoup de soins pendant de longues années, et le traitement auquel, après de nombreux tâtonnements, j'ai cru devoir m'arrêter.

Les sangsues me paraissent préférables à la saignée générale, dans la très-grande majorité des cas ; ordinairement l'orchite n'est pas assez intense et ne réagit pas assez fortement sur l'organisme pour indiquer un moyen aussi puissant que la saignée générale. Du reste, dans mes essais, il m'a semblé que la saignée donnait des résultats moins favorables

que les sangsues, et je n'y ai recours que quand les symptômes généraux l'indiquent. J'applique des sangsues, en nombre variable suivant l'intensité des symptômes, à la base du scrotum, sur le trajet du cordon testiculaire et vers l'anneau inguinal. Les sangsues mises sur la peau rouge et infiltrée du scrotum augmentent souvent et la rougeur et l'œdème, et procurent réellement moins de diminution dans la maladie que l'écoulement de sang occasionné par leur application au voisinage de l'anneau inguinal. Je reviens une ou deux fois aux applications de sangsues lorsque les symptômes persistent, et je continue ainsi jusqu'à ce que l'inflammation ait pris une marche franchement rétrograde.

J'aide ces émissions sanguines par des cataplasmes de farine de graines de lin ou de riz, ou des compresses épaisses trempées dans la décoction de guimauve ou de graines de lin, que je remplace par la décoction de têtes de pavot, ou que j'arrose de laudanum, lorsque la douleur est très-vive, et je soutiens les bourses avec un large bandage en T de préférence aux suspensoirs. Je prescris la diète ou de légers potages, des boissons douces et mucilagineuses, telles que les décoctions de guimauve, de chiendent, l'infusion de mauve, etc., en même temps j'ordonne un demi-lavement émollient ou légèrement laxatif chaque jour, des bains généraux tièdes tous les deux jours, surtout lorsque les malades peuvent les prendre auprès de leur lit, et je bannis presque complétement les bains de siége, à cause de la position pénible qu'ils forcent à prendre et des froissements auxquels ils exposent. J'ordonne, du reste, le repos le plus absolu, surtout quand l'orchite présente une certaine intensité.

Lorsque le gonflement a diminué, que la chaleur est nulle, que la douleur est tout à fait ou presque tout à fait éteinte, et que tout fait présager une résolution prochaine, je cesse les émissions sanguines, et je me borne à des applications émollientes, à quelques demi-lavements, et à quelques bains généraux.

Alors, ou bien la tumeur continue à diminuer d'une manière sensible, ou bien, et c'est le cas le plus ordinaire, elle reste stationnaire pendant plusieurs jours et semble vouloir passer à l'état d'induration chronique; c'est là le moment de cesser les émollients et de donner la préférence à des substances capables d'imprimer un peu de mouvement à la maladie, et de la faire marcher vers la résolution; mais il faut, et je ne saurais trop le répéter, bien saisir le moment où le mal est stationnaire; il faut qu'une douce pression même n'occasionne aucune douleur dans les parties affectées : il n'y a aucun danger à attendre, et il y a grand risque, au contraire, en trop se hâtant, de faire revenir l'état aigu et tous les symptômes inflammatoires.

Il faut même surveiller attentivement les premiers moments de l'ac-

tion des résolutifs, pour en mitiger les effets, et en cesser l'emploi s'ils irritent trop les parties.

Les résolutifs employés sont nombreux : voici ce que l'expérience m'a appris sur la valeur de quelques-uns d'entre eux.

Les fumigations de vinaigre, de cinabre, sur le scrotum, forcent à tenir les bourses dans une position pénible ; elles irritent et excorient quelquefois la peau, et j'en ai abandonné l'usage après les avoir longtemps employées.

Les cataplasmes froids, ou arrosés avec l'eau blanche, les compresses trempées dans cette eau, produisent des effets très-faibles, mais suffisants quelquefois, pourtant, pour déterminer un mouvement favorable dans la tumeur.

La teinture d'iode à l'intérieur agit trop lentement ; elle a l'inconvénient, du reste, d'irriter les voies digestives et d'agir sur tout le système glandulaire. J'ai eu plus à me louer des emplâtres de savon, de Vigo, de tous les emplâtres fondants, en un mot.

Les moyens qui m'ont constamment donné les meilleurs résultats sont les onctions locales avec la pommade d'hydriodate de potasse ou de protoiodure de mercure, et avec l'onguent mercuriel double. Après de longs essais comparatifs, l'onguent mercuriel m'a semblé lui-même déterminer plus puissamment la résolution et irriter moins fortement la peau du scrotum que les pommades iodées ; aussi ai-je, à présent, l'habitude presque exclusive de prescrire l'onguent mercuriel. Je fais pratiquer d'abord, chaque matin, une onction sur le scrotum avec un gramme de cet onguent, et plus tard je répète ces applications le soir, lorsqu'une action plus intense et plus soutenue me paraît nécessaire.

Quelquefois, chez les sujets irritables, chez les malades dont l'orchite a une certaine tendance à repasser à l'état aigu, je continue les cataplasmes émollients sur le scrotum pendant les premiers jours des onctions mercurielles. Souvent je me borne à recouvrir les parties avec du linge fin, et presque toujours quatre, six, et huit jours suffisent pour amener une guérison complète.

Alors la peau du scrotum présente des rides naturelles, le testicule et l'épididyme ont repris leur état normal, et il devient souvent difficile de distinguer le côté sain du côté qui a été affecté. Mais souvent aussi l'épididyme forme en arrière du testicule un relief anormal à nodosités plus ou moins apparentes, qui pourra disparaître complétement par la suite, mais qui chez certains sujets existera très-longtemps et même pendant toute la vie.

Quelquefois, et surtout chez les personnes à constitution strumeuse, l'orchite offre une tendance à l'induration et aux recrudescences que

les soins les mieux dirigés ont beaucoup de peine à surmonter. J'ai l'habitude de prescrire dans ces cas, comme fondantes et non comme antisyphilitiques, des pilules de protoiodure de mercure (du reste ce composé m'a souvent donné des résultats peu satisfaisants quand je l'ai employé contre des symptômes réellement vénériens, de sorte qu'il ne doit pas être considéré, peut-être, sous le rapport de ses vertus antisyphilitiques, comme un médicament aussi précieux que voudraient le faire admettre quelques auteurs de l'époque, et entre autres M. Ricord). Je donne jusqu'à cent vingt ou cent trente de ces pilules, composées de 25 à 12 milligrammes de protoiodure, et de 12 milligrammes de thridace, en commençant par deux chaque jour, et passant ensuite à trois, quatre, cinq pilules en deux doses dans les vingt-quatre heures. Mais maintenant j'emploie le plus ordinairement, et avec des succès plus réels, des pilules avec parties égales de calomel et d'extrait de ciguë, ordinairement cinq centigrammes de chaque par pilule, que je porte à deux ou trois par jour.

Quelquefois, chez un petit nombre de malades, et surtout lorsque le traitement a été peu convenablement dirigé, la tumeur continue à présenter un volume et une dureté plus ou moins douloureuse, et que les émissions sanguines, les applications résolutives et fondantes, les pilules de protoiodure de mercure et de calomélas ne parviennent pas à faire disparaître.

Enfin, dans des cas plus rares encore, il se forme du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous la tunique albuginée et dans l'épaisseur du testicule lui-même, et j'ai vu que quand ces complications arrivaient, on était quelquefois forcé d'avoir recours à la castration. Mais avant d'en venir à cette extrémité, je me décide à soumettre le malade à un traitement général par les frictions mercurielles; mais sans chercher dans cette médication aucune action spécifique, car je l'emploie tout aussi bien dans les orchites traumatiques que dans celles qui compliquent les blennorrhagies.

Nombre d'auteurs ont considéré comme chose fort importante le retour même aigu de l'écoulement urétral, que cet écoulement eût cessé tout à fait ou diminué, et ils ont établi en précepte de rappeler cet écoulement, soit en irritant la verge à l'aide d'applications diverses, soit en excitant la muqueuse urétrale à l'aide de bougies sèches ou enduites de substances irritantes; ils n'ont pas craint même de produire une nouvelle urétrite à l'aide de bougies imprégnées de matière blennorrhagique recueillie chez un autre individu. Une pareille pratique ne saurait se justifier, car il serait possible que la matière employée possédât des qualités virulentes, et que, par ce mode d'inoculation, on

pût développer chez le malade une véritable affection syphilitique.

L'irritation simple du canal à l'aide de bougies est-elle réellement utile ?

L'orchite blennorrhagique se montre habituellement à l'époque où l'inflammation urétrale, qui d'abord était circonscrite dans le voisinage de la fosse naviculaire, envahit tout le canal et s'établit surtout vers les portions membraneuse et prostatique ; il est par conséquent possible qu'une irritation vive, fixée vers l'extrémité de la verge, car dans tous les cas il ne faut pas introduire profondément les substances irritantes, déplace la maladie et détermine une dérivation favorable à l'engorgement testiculaire ; mais il est possible aussi, et cela doit arriver souvent, que l'action dérivative étant insuffisante, ou que l'inflammation gagnant tout le canal, vienne aggraver celle du testicule, et qu'on augmente la maladie au lieu de la diminuer, ou qu'au moins on occasionne un accroissement d'inflammation urétrale en pure perte, et sans bénéfice aucun pour la curation de l'orchite.

Depuis longtemps je m'abstiens de toute application irritante sur la verge ou sur la muqueuse de l'urètre ; je me borne à combattre la maladie du testicule, sans m'occuper de celle du canal, en évitant pourtant avec soin toute médication susceptible d'agir directement pour arrêter l'écoulement, contrairement à ce que conseille M. Ricord, qui veut que l'on combatte l'urétrite pendant même qu'on agit contre l'orchite.

Lorsque l'orchite est complétement guérie, je combats la blennorrhagie, si elle existe encore, par le baume de copahu, le poivre cubèbe et par les injections astringentes lorsque les premiers médicaments ont été infructueux. Je ne balance pas enfin de pratiquer la cautérisation superficielle du canal par le nitrate d'argent, comme je le fais dans les urétrites anciennes et opiniâtres, lorsque tous les moyens précédents ont été insuffisants. Je m'attache toujours avec le plus grand soin à ramener la muqueuse urétrale à son état normal, car les hommes qui ont été atteints d'orchites blennorrhagiques restent exposés pendant quelque temps, même après la guérison la plus parfaite, à des retours de l'engorgement testiculaire à la moindre réapparition de l'écoulement urétral.

Je ne terminerai pas l'étude du traitement de l'orchite, sans faire mention de la compression proposée par le docteur Fricke, de Hambourg. Ce médecin, peu satisfait des résultats obtenus par les saignées locales, les cataplasmes et les autres moyens que j'ai fait connaître, a proposé, quelle que soit la période dans laquelle se trouve l'engorgement testiculaire, d'entourer le testicule de bandelettes agglutinatives, et aux-

quelles M. Ricord préfère le sparadrap composé avec l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, parce qu'il lui reconnaît une propriété résolutive plus énergique. Le testicule est soigneusement entouré par ces bandelettes, de manière que la compression soit douce et uniforme ; il faut du reste avoir une assez grande habitude pour arriver à établir cette compression d'une manière convenable. Le renouvellement du pansement dépend de la diminution de la tumeur et des autres phénomènes morbides.

M. Fricke reconnaît de grands avantages à son mode de compression, et le place au-dessus de toutes les autres méthodes de traitement. J'ai quelquefois eu recours à ce moyen ; mais seulement après que j'avais abattu par des émissions sanguines l'inflammation testiculaire, et je n'en ai pas retiré des avantages assez marqués pour me faire renoncer aux divers résolutifs dont j'ai précédemment parlé.

Reynaud.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Procédé pour obtenir l'oxyde de zinc par précipitation ; par M. Defferre, pharmacien a Nimes.

Lorsqu'on prépare l'oxyde de zinc par la voie sèche, il est important, pour l'obtenir pur, d'user de certaines précautions, sans lesquelles il est impossible de se le procurer dans cet état. Il arrive presque toujours que les premières portions d'oxyde qui se forment sont colorées en jaune rougeâtre par la présence du fer qui existe dans le zinc du commerce, et quelquefois encore par l'oxyde de cadmium qu'il contient fort souvent; lorsque, après cette portion d'oxyde, qu'il faut avoir le soin d'enlever, il s'en forme d'autre blanc et sous forme de flocons lanugineux très-légers, il arrive encore que, lorsqu'on veut le sortir à l'aide d'une petite cuiller de fer, on enlève parfois avec l'oxyde une certaine portion de métal non oxydé, lequel brûle après sa sortie du creuset, et maintient l'oxyde incandescent pendant un certain temps ; l'oxyde est alors d'un blanc grisâtre, plus dense, et renferme toujours quelques particules métalliques. Le *Codex* de 1818 contenait un procédé par précipitation, lequel consistait à décomposer le sulfate de zinc pur par le sous-carbonate de potasse, et à décomposer ensuite le carbonate de zinc formé par sa calcination dans un creuset. M. Soubeiran, dans son excellent *Traité de pharmacie*, rapporte ce procédé, en in-

diquant le moyen publié par M. Wackenroder pour se procurer le sulfate de zinc dans un grand état de pureté.

Le procédé que M. Defferre propose est d'une exécution facile et peu coûteuse ; il pourra engager quelques pharmaciens à préparer eux-mêmes un produit que beaucoup se procurent dans le commerce, lequel ne l'offre presque toujours que plus ou moins altéré ; le voici :

Pr.	Zinc laminé.	125 grammes.
	Acide chlorhydrique. . .	500 gramm.
	Acide azotique.	8 gramm.
	Carbonate de chaux. . .	8 gramm.

On fait dissoudre le zinc dans l'acide chlorhydrique à l'aide d'une douce chaleur , on ajoute l'acide azotique pour peroxyder le fer que contient toujours le zinc du commerce, et l'on évapore la liqueur à siccité : on reprend ensuite par l'eau ; on ajoute le carbonate calcaire , on laisse en contact pendant 24 heures, et on filtre ; la liqueur étant bien limpide, on la précipite avec suffisante quantité d'ammoniaque liquide, mise par fractions jusqu'à cessation de précipité ; celui-ci, étant soigneusement lavé, est mis à sécher dans une étuve modérément chauffée.

Ce procédé, plus court et moins dispendieux qu'aucun autre, donne toujours un beau produit. L'oxyde obtenu par cette méthode est *très-blanc*, *très-léger*, insipide, inodore, soluble en totalité dans les acides, et ne les colorant point. Il est aussi entièrement soluble dans les alcalis.

M. Defferre recommande de n'ajouter l'ammoniaque que par portions et jusqu'à cessation de précipité ; celui-ci étant soluble dans un excès d'alcali, il faudrait faire chauffer la liqueur si l'on en mettait une proportion trop forte , afin d'en faire évaporer l'excédant ; par le refroidissement , la portion d'oxyde dissoute se précipiterait de nouveau.

M. Soubeiran accompagne cette note, dans le *Journal de Pharmacie*, de la note suivante : « Le procédé de M. Defferre est déjà publié depuis assez longtemps dans le Journal de Pharmacie du Midi ; mais nous n'avons pas voulu le donner à nos lecteurs sans l'avoir répété.

« La préparation du sulfate de zinc exempt de fer réussit tout aussi bien par le procédé de purification de Wackenroder que par celui de M. Defferre. La précipitation par l'ammoniaque est vraiment avantageuse ; il ne reste que peu d'oxyde de zinc en dissolution, et le précipité, après avoir été bien lavé, retient à peine une trace de sulfate.

« En opérant la précipitation à froid, au lieu d'un oxyde très-blanc et très-léger, j'ai obtenu un produit dur et d'apparence cornée. Il paraît que cela n'arrive pas toujours ; le moyen d'empêcher que cela arrive jamais est de faire la précipitation par l'ammoniaque à l'ébullition avec

de l'ammoniaque étendue. Le produit séché est d'une légèreté et d'une blancheur remarquables ; mais il faut bien se dire que c'est de l'hydrate d'oxyde de zinc et non de l'oxyde. Il se réduit facilement en oxyde par la calcination, mais alors, tout en conservant sa légèreté et son extrême finesse, il prend un peu ce coup d'œil jaunâtre que présente immanquablement tout oxyde de zinc qui a été fortement chauffé. En résumé, la précipitation par l'ammoniaque, proposée par M. Defferre, est un bon procédé appliqué à la préparation de l'oxyde de zinc par la voie humide.

PROCÉDÉ FACILE POUR EXTRAIRE LA MORPHINE DE L'OPIUM ET DÉTERMINER COMPARATIVEMENT SA QUANTITÉ.

Voici un des procédés faciles à suivre qu'indique M. Payen pour déterminer, comparativement du moins, les proportions de morphine pure contenues dans divers échantillons indigènes et exotiques d'opium brut qu'on aurait à examiner.

On pèse 25 grammes d'opium divisé en tranches très-minces, puis on les laisse macérer dans 150 grammes d'eau pure. Après vingt-quatre heures de contact, on triture dans un mortier jusqu'à ce que la matière hydratée soit en bouillie claire, puis on décante sur un filtre les parties les plus divisées que le liquide tient en suspension ; on ajoute de l'eau sur le résidu que l'on triture de nouveau, et l'on décante sur le même filtre qu'on lave encore par l'eau distillée jusqu'à ce que le liquide passe incolore ; on ajoute à la solution filtrée un excès de chaux bien hydratée (1); on porte le mélange à l'ébullition pendant cinq minutes environ, on filtre et on acidule la solution filtrée avec de l'acide chlorhydrique qui sature la chaux et s'unit à la morphine. On précipite la morphine par l'ammoniaque dont on chasse l'excès par l'ébullition. On recueille sur un filtre la morphine précipitée, on la lave avec de l'eau alcoolisée, puis on la fait dissoudre dans l'alcool bouillant à 33 degrés ; elle cristallise par refroidissement : il suffit alors de la laver à l'éther pour éliminer la narcotine ; on la fait dessécher ensuite, et on en constate le poids.

Il reste certainement une petite quantité de morphine dans les eaux d'où on l'a précipitée ; on pourrait l'obtenir par un deuxième traitement après l'évaporation, mais l'opération deviendrait alors longue et

(1) L'un des meilleurs moyens d'hydrater complétement et de bien diviser la chaux, consiste à verser sur une partie de chaux vive dix parties d'eau distillée bouillante ; en quelques instants l'extinction est complète, même lorsqu'on agit sur une petite quantité.

un peu plus difficile : cela n'est d'ailleurs pas indispensable pour apprécier entre deux ou plusieurs échantillons d'opium celui qui est le plus riche en morphine pure ; l'essai le plus simple donne même des différences plus sensibles, parce que l'opium le moins riche est celui qui laisse dans les solutions une proportion de morphine plus forte relativement à la quantité qu'il contient.

Il serait à désirer que tous les pharmaciens voulussent prendre la peine de traiter ainsi l'opium médicinal qu'ils achètent ; ils pourraient offrir aux praticiens des médicaments moins variables dans leurs effets ; ils concourraient à détruire des fraudes qui cesseraient d'être alors profitables à leurs auteurs, et qui sont parfois si préjudiciables aux intérêts de la médecine.

NOTE SUR LA PRÉPARATION DU SIROP DE GENTIANE.

Suivant M. E. Tauvel, pharmacien à Goderville, le sirop de gentiane préparé selon le Codex perd sa transparence quelques jours après sa préparation, et devient même très-trouble au bout de quelque temps. Ce sirop, déjà désagréable à prendre à cause de sa grande amertume, répugne encore plus au malade, parce qu'il n'a point cet aspect agréable à l'œil qui semble contribuer beaucoup à en atténuer le mauvais goût.

Dans le but d'avoir un sirop de gentiane qui conserve sa transparence, sans toutefois que ses propriétés médicinales soient affaiblies, voici le procédé que M. Tauvel propose dans le Journal de Chimie médicale ; il l'a suivi depuis un an, et il lui a toujours donné un bon produit. Les proportions du Codex sont conservées.

Racine de gentiane en poudre grossière.	48 grammes.
Eau froide.	q. s.
Sirop de sucre.	1,500 grammes.

On lessive la gentiane dans l'appareil à déplacement avec q. s. d'eau froide ; on arrête l'opération dès que le liquide qui s'écoule paraît moins chargé. On filtre la liqueur et on la mêle brusquement avec le sirop de sucre bouillant rapproché en consistance convenable pour que, la liqueur étant ajoutée au sirop, celui-ci marque 30° à l'aréomètre.

Par ce procédé, dit M. Tauvel, le sirop de gentiane conserve indéfiniment sa transparence ; il est tout aussi amer et plus aromatique et plus odorant que celui du Codex. Il en a qui est préparé depuis plus de six mois, et qui est aussi limpide que le premier jour.

L'on sait que la racine de gentiane est une des substances qui se prêtent difficilement à la lixivation, à cause de sa viscosité; mais avec quelques précautions, en tassant très-peu la poudre, on lève assez facilement les difficultés.

SUR UN DES CARACTÈRES POUR RECONNAÎTRE LA STRYCHNINE.

On manquait d'une réaction nette et précise qui pût, dans des cas de médecine légale, déceler avec certitude des quantités très-minimes de strychnine, poison des plus énergiques. M. Marchand croit avoir résolu le problème. Quand on triture, dit-il, une très-petite quantité de strychnine avec quelques gouttes d'acide sulfurique concentré, contenant 1/100 de son poids d'acide azotique, la strychnine disparaît; mais si on ajoute au mélange un atome de peroxyde de plomb, à l'instant même on voit apparaître une belle couleur bleue, qui passe rapidement au violet, puis peu à peu au rouge, et qui finit, après quelques heures, par passer au jaune. — Jusqu'à présent, aucune substance n'a offert cette réaction. — M. Marchand prétend qu'à l'aide de ce procédé on découvre encore 0 gr. 00005 de strychnine en dissolution.

SUR LA FALSIFICATION DE LA SANTONINE AVEC L'ACIDE BORIQUE.

Nous avons récemment publié (t. XXV, p. 292) une note sur la santonine et sur son mode d'extraction du *semen-contra*. Cette substance nouvelle, qui a été employée avec avantage comme anthelmintique, a été déjà sophistiquée dans le commerce. M. Ruspini, pharmacien à Bergame, signale l'altération qui a été faite de ce produit avec l'acide borique. Il propose, pour découvrir cette fraude, les deux moyens suivants, basés sur deux propriétés différentes que possèdent la santonine et l'acide borique.

Si l'on fait fondre à une légère chaleur, sur un peu de papier blanc, de la santonine, et qu'elle soit *pure*, elle se liquéfiera sans crépitation en laissant le papier un peu gras, et, en se refroidissant, elle cristallisera en masse d'une couleur jaune.

Si la santonine *contient de l'acide borique*, en se fondant sur le papier elle se gonflera en crépitant légèrement, comme font les sels lorsqu'ils perdent leur eau de cristallisation. Le papier restera également enduit par la santonine, tandis que l'acide, privé de son eau, se séparera sous forme de poudre blanche. — Si la santonine contient la plus petite quantité d'acide borique, elle colorera la flamme de l'alcool en vert.

NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION DE LA POMMADE D'IODURE DE POTASSIUM.

D'après deux chimistes d'Édimbourg, MM. T. et H. Smith, le mode de préparation actuellement mis en usage dans les officines pour confectionner la pommade d'iodure de potassium, et qui consiste à mêler le sel à l'axonge par trituration dans un mortier, est peut-être celui qui convient le moins. Ils proposent de lui substituer le mode opératoire suivant : On fait dissoudre la quantité d'iodure de potassium voulue dans la même quantité en poids d'eau distillée simple ou aromatique. On mêle ensuite intimement, à l'aide de la trituration dans un mortier, cette dissolution avec la dose nécessaire d'axonge. Suivant eux, la pommade, ainsi préparée, doit posséder une action beaucoup plus énergique, parce que l'iodure, à l'état de soluté, se trouve dans une condition bien plus favorable à l'absorption.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS SUR UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES QUI VIENT DE PARAÎTRE EN TOURAINE. CAS REMARQUABLE D'UNE FIÈVRE PERNICIEUSE SYNCOPALE ET CARDIALGIQUE.

Une épidémie de fièvres intermittentes pernicieuses vient de désoler plusieurs communes, et notamment le chef-lieu du département d'Indre-et-Loire. Une pensée douloureuse vous saisit à la vue de tant de personnes succombant à une maladie dont il serait si facile à la médecine de triompher. Par quelle fatalité, possédant un moyen infaillible de la guérir, attendons-nous si souvent qu'elle ait fait des progrès tels que la mort est devenue inévitable ?

La difficulté du diagnostic, l'obscurité des symptômes, l'espoir de voir bientôt la maladie se mieux caractériser, ne sont pas les seules causes d'une inaction funeste à tant de malades. Cette médecine, si malheureusement expectante, a aussi sa source dans la crainte des fâcheux effets que pourrait produire le sulfate de quinine s'il était administré dans une autre maladie qu'une fièvre intermittente pernicieuse. Crainte déplorable ! coupable indécision ! car elles reposent sur une erreur, et souvent elles coûtent la vie aux malades. Donné à la dose d'un gramme à un gramme et demi, dose suffisante, sinon pour mettre fin, du moins pour

enlever à une fièvre pernicieuse son caractère mortel, le fébrifuge ne rencontrera que bien rarement une affection qu'il soit susceptible d'aggraver. C'est donc un devoir sacré pour nous de déposer ici ces habitudes de prudence et de temporisation que les difficultés de notre art nous commandent quelquefois. Attendre pour se décider à agir que les symptômes, que la marche de la maladie aient dissipé toute incertitude, c'est presque toujours lui laisser le temps de devenir mortelle. Cette triste vérité vient de recevoir une terrible sanction pendant l'épidémie qui a sévi dans notre département, et plus particulièrement à Tours et à Neuillé-Pont-Pierre. Elle n'avait cependant pas besoin de nouvelles preuves. En effet, lisez les auteurs qui ont écrit sur des épidémies de fièvres intermittentes pernicieuses, et vous ne pourrez vous défendre d'un sentiment pénible en les voyant s'accuser, se plaindre amèrement d'avoir par trop d'hésitation laissé mourir des malades qu'ils auraient pu sauver. J'ai moi-même été sur le point d'empoisonner mon existence d'un pareil remords. C'est un parent, un ami, dont la santé est chère à tant de personnes, et que nos lenteurs allaient précipiter dans la tombe, si sa maladie ne s'était enfin révélée par des signes certains. Cette observation appuie trop bien les réflexions qui précèdent et qu'elle m'a en partie suggérées, elle est trop féconde en enseignements pratiques, pour que je ne la rapporte pas dans tous ses détails.

M. Nau, âgé de trente-deux ans, d'un tempérament éminemment nerveux, jouissait habituellement d'une bonne santé. Depuis quelque temps cependant un sentiment intérieur l'avertissait qu'un grand danger menaçait son existence, car il exprimait souvent à ses amis la crainte qu'il éprouvait de partager le sort de ses voisins, dont la plupart étaient atteints, les uns de fièvres typhoïdes, les autres de fièvres intermittentes plus ou moins graves. Ce pressentiment ne le trompait pas; car, dans la nuit du 3 octobre, il se réveille sous le poids d'une anxiété précordiale dont il est soulagé après quelques vomissements, auxquels succèdent une douloureuse sensation de froid et de brisement dans les membres, un malaise général. Le reste de la nuit se passe sans sommeil. Le 4 au matin il vient me trouver; je constate de la fièvre avec des symptômes bien tranchés d'embarras gastrique, de turgescence bilieuse, tels que nausées, céphalalgie sus-orbitaire, enduit jaunâtre de la langue, et pourtour des lèvres teint de la même couleur. Je lui annonce qu'il va probablement avoir des fièvres d'accès. Le lendemain, même état; il se plaint toujours d'un violent mal de tête, et surtout de la longue insomnie des deux dernières nuits.

Le 6, à trois heures du matin, j'apprends que l'agitation et les souffrances ont été très-grandes jusqu'au moment où, après d'effrayants efforts de vomissement, il parvient à rendre une certaine quantité de bile dont l'évacuation fut suivie d'un peu de soulagement. Cette circonstance, jointe à la diminution de la fièvre, la persistance des nausées et le peu de sensibilité de l'épigastre, me déterminent à administrer un vomitif. Trois vomissements de

bile et autant de selles de même nature. C'est alors qu'apparaît un grave symptôme : à chaque garderobe le malade tombe en syncope, et ne reprend connaissance qu'à l'aide du vinaigre qu'il respire et de l'eau froide qu'on lui jette au visage. Je le quitte à midi, rassuré par le mieux-être qu'il éprouve, et par l'état du pouls, qui ne donne plus que 84 pulsations par minute. Deux heures après, la fièvre est revenue sans frisson, le pouls bat 110 fois, la physionomie est altérée, et le malaise général extrême.

Le 7 au matin, M. Nau m'apprend qu'il a passé une épouvantable nuit : « Toujours souffrir, me dit-il, et jamais de sommeil. » Et lorsque je lui demande où il souffre, il me répond avec emportement, partout. Souvent il se jette avec violence sur son séant pour se livrer à d'impuissants et horribles efforts de vomissement, puis il retombe anéanti sur son lit. Pendant ces efforts la douleur, l'anxiété précordiales sont atroces; puis, ces efforts passés, c'est à peine, ce n'est que vaguement qu'il se plaint de l'estomac. Quoique fréquentes et énergiques, les contractions de cet organe n'amènent presque jamais de vomissements. Si dans leur intervalle le malade paraît jouir de quelques instants de repos, il est bientôt arraché à ce calme trompeur par un sentiment indéfinissable d'angoisse et de suffocation qui précède et annonce une syncope. C'est alors que vous l'entendez se livrer à de nombreuses et bruyantes inspirations, et réclamer à grands cris du vinaigre pour éviter une défaillance complète. Effrayé de tant et de si graves symptômes, et commençant à soupçonner une fièvre intermittente pernicieuse, je ne quitte plus mon ami afin de bien apprécier toutes les circonstances de sa maladie. Les urines sont rares, rouges, ardentes; elles se troublent promptement; le pouls est petit et fréquent (120 pulsations). Depuis deux jours le malade ne prend que des bouillons. J'essaye, pour calmer les envies de vomir, de l'eau froide donnée par cuillerée de demi-heure en demi-heure, de l'eau de Seltz et 10 centigrammes d'opium. Cette médication procure un peu de soulagement. Mais bientôt les accidents reprennent toute leur intensité, et la nuit se passe dans les plus cruelles angoisses.

Le 8, comme M. Nau se plaint un peu plus qu'à l'ordinaire d'une douleur d'estomac qui irradie vaguement vers la région splénique, j'y fais appliquer une vingtaine de sangsues, puis on le place dans un bain. J'appelle deux confrères en consultation. Quelque temps avant leur arrivée le pouls devient d'une petitesse extrême, et celui du côté gauche ne bat plus. Les renseignements que je leur donne, l'examen attentif auquel ils se livrent, ne leur fournissant pas des éléments suffiants de diagnostic, ils restent aussi dans l'incertitude sur la nature de la maladie; un soupçon se présente à notre esprit : c'est peut-être une fièvre intermittente pernicieuse; mais il n'y a point de fièvre intermittente sans intermission; or, celle-ci n'a pas encore été observée. Il faut donc attendre. Mes confrères se retirent après avoir conseillé le bouillon de poulet, l'eau froide par cuillerées de demi-heure en demi-heure, et des sinapismes sur les jambes. Quelques heures après leur départ, vers le milieu de la nuit, je constate avec bonheur une diminution sensible dans les symptômes qui m'alarmaient tant depuis quelques jours; les syncopes et les efforts de vomissement deviennent plus rares et moins effrayants, le pouls se relève et perd de sa fréquence; celui du côté gauche redevient sensible. La nuit est assez bonne, et au point du jour l'amélioration est des plus satisfaisantes : le pouls est tombé à 84 pulsations. Il n'y a pas la plus légère apparence de sueur. Malgré l'apyrexie, la journée du 9 est

agitée ; le malade a encore besoin de respirer de temps en temps du vinaigre, il est toujours privé de sommeil et il change de lit à chaque instant. Les urines sont plus limpides et moins colorées. Mes confrères le revoient, et le trouvent si bien qu'ils croient pouvoir se dispenser de revenir le visiter Nous étions dans une trompeuse sécurité, car la nuit n'est pas encore écoulée, que déjà les nausées et les angoisses recommencent à tourmenter le malade.

Voulant recueillir mes souvenirs et réfléchir plus à l'aise, je le quitte pendant deux heures. Revenu près de lui, j'apprends de la garde-malade que malgré elle il était monté en courant jusqu'au premier étage, afin, disait-il, de revoir sa chambre pour la dernière fois. Je le trouve au lit agité, inquiet, désolé, remerciant ses médecins et les accusant tout à la fois de le laisser mourir. La fièvre est revenue, et elle s'annonce par des symptômes graves; nausées, vomissements, défaillances, extrémités inférieures froides comme du marbre. Plus de doute, c'est bien une fièvre intermittente pernicieuse que nous avons à combattre. Je me précautionne de sulfate de quinine, et je redemande mes confrères ainsi que M. Bretonneau, que je prie de venir promptement nous aider de ses bons conseils. Les accidents de la première période durent quatre heures; ils sont remplacés par un délire furieux. On ferme les persiennes, et on place deux hommes près du malade pour l'empêcher de se découvrir et de sortir de son lit. Sur ces entrefaites, arrivent mes trois confrères. Ils me questionnent, entourent le malade, l'observent, et effrayés du nombre et de la gravité des symptômes pernicieux, le regardent comme voué à une mort prochaine. Ce pronostic n'était que trop bien justifié par un défaut absolu de réaction, et par l'état du pouls qui ne se sentait plus au bras gauche, et qui, presque imperceptible de l'autre côté, battait 130 fois par minute. « C'est là, nous disait M. Bretonneau, c'est là le pouls d'un moribond, c'est celui d'un homme dans les veines duquel circule le venin de la vipère.» Et lorsque, ne voulant pas perdre tout espoir, nous lui observions que deux jours auparavant nous avions vu le malade dans un état presque semblable, il nous répondait «c'est bien quelque chose, mais cependant il ne faut pas vous abuser.» On fait prendre au malade un verre de vin de Bordeaux chaud et sucré, afin de ranimer les contractions du cœur. Nous convenons qu'on lui administrera en trois doses, de quatre heures en quatre heures, 3 grammes de sulfate de quinine et 8 grammes de quinquina. On ne doit commencer que dans le cas où le pouls venant à se relever, annoncerait un mouvement de réaction.

Pendant notre consultation, le malade fait ses adieux à ses parents, et le prêtre se dispose à l'administrer.

Elle se manifeste enfin au bout de trois heures, cette réaction sur laquelle nous comptions si peu. 1 gramme de quinine est aussitôt administré ; il était alors huit heures du soir. Quatre heures après, 1 autre gramme est donné en lavement avec 16 grammes de quinquina. Le pouls devient plus fort et plus plein, sa fréquence diminue; il est descendu à 84 pulsations lorsque le malade prend la dernière dose du fébrifuge. Le médicament est bien gardé. La fièvre ne reparaît plus, mais plusieurs nuits de suite les jambes sont froides pendant plusieurs heures malgré les corps chauds dont on les enveloppe. C'était là un symptôme de la tendance qu'avait la fièvre à revenir. M. Nau l'éloigne en continuant à prendre pendant une semaine 1 gramme de quinine tous les deux jours. Même dose pendant une quinzaine tous les 4 jours, puis tous

les six jours pendant un mois et demi. Il n'en prend plus maintenant que tous les quinze jours. Il cessera bientôt pour recommencer au printemps et en automne, saisons où le retour de la fièvre serait à craindre pour lui.

Je ne saurais vous dire, monsieur le rédacteur, combien j'ai été affecté, combien j'ai souffert pendant cette terrible maladie. Malgré son issue heureuse, la pensée que nous avons été sur le point de laisser mourir un jeune homme qu'il nous était si facile de sauver, cette pensée me poursuivra longtemps encore. Puisse l'observation que nous venons de tracer faire sentir aux médecins combien il est dangereux d'attendre pour les combattre que les fièvres intermittentes pernicieuses soient bien caractérisées. N'hésitons jamais à administrer le sulfate de quinine lorsque nous soupçonnons une maladie de cette nature; et nous devons la soupçonner chaque fois qu'une maladie se présente avec des caractères bizarres, irréguliers, inexplicables, et que, ne sachant quel nom lui donner, nous sommes tentés de l'appeler fièvre nerveuses ou ataxique. Si nous nous trouvons dans la saison des fièvres, ou si le malade a eu des fièvres d'accès à une époque plus ou moins reculée, nos soupçons se changeront presque en certitude. C'est alors que, pénétrés de la responsabilité qui pèse sur nous, nous devons nous dire : si c'est une fièvre pernicieuse, le sulfate de quinine va sauver notre malade; si c'est une autre affection, donné avec mesure, le remède ne sera pas nuisible, et, s'il l'était, ce ne serait qu'un mal léger, momentané, réparable, qu'il pourrait causer.

GROUSSIN, D. M.
à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire).

UN MOT SUR L'ANTAGONISME DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

L'importance de la question soulevée par M. le docteur Boudin, de Marseille, relative à l'antagonisme présumé entre le miasme paludéen et l'affection tuberculeuse, par rapport à l'organisme vivant, oblige les médecins avantageusement placés pour étudier les faits, qui seuls, comme vous le dites, peuvent résoudre ce problème, de faire connaître ce que leur pratique leur apprend à ce sujet.

Déjà, comme on devait s'y attendre, l'opinion du médecin de Marseille a trouvé des partisans et des adversaires. Je viens, moi aussi, apporter mon petit contingent dans le débat, parce que je crois que mon devoir m'impose l'obligation de faire connaître quelle est l'opinion que je pourrais me faire sur cette question, si je ne l'appuyais que sur les observations qui me sont particulières, sur les faits de ma localité, et si je

ne savais pas que l'horizon borné dans lequel j'ai observé ne doit occuper qu'un point très-restreint du vaste tableau nécessaire à la solution future d'une aussi grave et si délicate question.

Parmi les faits que je pourrais citer, je choisirai les deux plus saillants.

Obs. I. J'ai actuellement sous les yeux une jeune phthisique, dont la maladie est parvenue au second degré, et que j'ai visitée il y a deux jours avec un médecin distingué des environs. Cette jeune femme, dont la mère, dit-on, est morte phthisique, est mariée depuis dix mois. Elle était bien portante encore à l'époque de son mariage, et ce ne fut qu'un ou deux mois après, qu'étant devenue enceinte, elle éprouva quelques malaises qu'elle attribua à son état de grossesse commençante ; bientôt, elle fut atteinte des fièvres intermittentes, qui, à cette époque de l'année, sévissaient dans la contrée ; et ce ne fut qu'après quatre ou cinq mois de durée qu'elle parvint à s'en débarrasser complétement. Ce fut également pendant le cours de cette maladie périodique, et malgré son état de grossesse, état aussi réputé antagoniste ou plutôt suspenseur de la phthisie, que les premiers symptômes apparents des tubercules se déclarèrent. La phthisie a fait des progrès lents jusqu'à l'époque de l'accouchement, qui a eu lieu il y a huit jours ; mais, depuis trois ou quatre jours, elle a repris cours avec une dévorante activité, et tout porte à croire que le terme fatal ne sera pas bien éloigné.

Dans cette observation, on voit que les miasmes marécageux joints à l'état de grossesse, n'ont pas empêché l'affection tuberculeuse de se produire ; on pourrait même presque dire qu'ils en ont favorisé le développement.

Que si, dans le cas précédent, la fièvre intermittente n'a pas mis le sujet à l'abri de la phthisie, voici un autre cas où les tubercules n'ont pas mieux garanti le malade de l'atteinte paludéenne.

Obs. II. Le nommé F., jeune abbé, se livrant à l'étude avec trop d'ardeur, éprouvait depuis quelque temps des douleurs dans la poitrine; il fut pris enfin de plusieurs attaques d'hémoptysie. Ce ne fut qu'alors qu'il suspendit ses études. Les soins que je lui prodiguai à cette époque ne purent empêcher la phthisie d'avancer, quoique d'une manière très-lente. Pendant son cours, j'eus également à combattre une fièvre intermittente qui survint, et se reproduisait très-souvent sous le type tierce, et dont je ne pus jamais le débarrasser entièrement, tellement les récidives étaient faciles. Le malade a succombé. Assurément, entre ses deux affections il semblait qu'il y eût plutôt affinité qu'antagonisme. Cette observation date de l'année dernière.

A ces deux faits, je pourrais certes en ajouter d'autres analogues ;

car ce ne sont pas, tant s'en faut, les deux seuls cas de phthisie que j'aie observés dans notre localité, où la fièvre intermittente est endémique; et si l'affection tuberculeuse est assez rare dans nos contrées, elle ne l'est pas cependant au point qu'on ne puisse en observer quelques cas toutes les années; d'ailleurs, cette rareté même de la phthisie ne me paraît pas avoir pour cause l'action neutralisante du principe miasmatique paludéen; car ne sait-on pas que généralement cette terrible maladie sévit peu dans les campagnes, et que c'est surtout sur les masses agglomérées, c'est-à-dire dans les villes, qu'elle exerce le plus de ravages?

La ville d'Arles, qui n'est qu'à trois ou quatre lieues d'ici, quoique soumise elle-même à l'influence marécageuse, n'offre pas, que je sache, un moins grand nombre de phthisiques que la plupart des autres villes hors de cette condition.

FRECHIER, D.-M.,
A Maussane (Bouches-du-Rhône).

NOUVEAU CAS DE MORVE AIGUE COMMUNIQUÉE DU CHEVAL A L'HOMME.

Depuis quelques années, des affections d'une gravité extrême, presque toujours, sinon toujours mortelles, paraissant communiquées à l'homme par des chevaux malades, ont attiré l'attention des médecins et des vétérinaires; plusieurs observations en ont été publiées dans les recueils scientifiques. C'est un nouveau cas de ce genre, au moins tout tend à le prouver, que je viens vous prier de vouloir bien insérer dans votre savant journal, persuadé que je suis qu'il est de la dernière urgence de faire connaître tous les faits analogues qui peuvent se rencontrer dans la pratique, afin d'éclairer cette importante question, comme aussi d'avertir les personnes qui se trouvent dans ces circonstances fâcheuses de se mettre en garde contre cette funeste contagion. Les raisons sur lesquelles je me fonde pour croire qu'il y a eu ici communication directe du cheval à l'homme, sont: l'exposition presque constante, pendant plusieurs semaines, à contracter le mal, le développement insolite des symptômes morbides et tout à fait en dehors de ce qu'on remarque dans les affections de la peau occasionnées par toute autre cause, l'analogie entre la maladie de l'animal et celle de la femme qui a succombé, et enfin une circonstance qui, n'ayant peut-être pas une valeur absolue, doit cependant être prise, suivant moi, en grande considération, je veux dire la conscience de la malade, qui lui a fait accuser l'animal en question d'être la cause de sa mort; cette idée l'a frappée d'abord vers le commencement de sa maladie, alors que rien n'annonçait une terminaison

aussi fâcheuse, et plus tard elle l'a encore émise dans son délire. N'ayant pas sous les yeux les cas de cette maladie, qui ont été rendus publics, je ne saurais dire s'il y a entre eux et celui dont je vous demande l'insertion une identité parfaite, ou seulement de l'analogie. J'ai insisté beaucoup sur les détails de cette observation, afin que chacun pût en juger. Voici du reste ce cas :

La dame Chauvet, aubergiste à Etampes, jeune femme de vingt-neuf ans, d'une forte constitution et d'une excellente santé, fut, le 21 septembre dernier, après avoir pansé pendant longtemps un cheval qui a fini par mourir de la morve aiguë compliquée de farcin ulcéré, prise de malaise, de douleur de tête et de fièvre. Je la vois deux jours après dans l'état suivant : frissons passagers, faiblesse générale, brisement des membres, anorexie, langue rouge et saburrale à la base, pouls fréquent, sans dureté ni mollesse ; chaleur vive à la peau, céphalalgie. Je crois avoir affaire à une fièvre continue commençante, et je prescris de l'eau de groseille, des lavements, quelques bains de pieds, et du bouillon pour tout aliment. Sept à huit jours se passent ainsi sans modification dans l'état morbide et dans le traitement. Au bout de ce temps, la fièvre devient beaucoup plus intense; des accès comme rémittents semblent se dessiner vers deux heures de l'après-midi, et tous les jours elle se plaint d'une horrible céphalalgie dans la partie postérieure gauche du crâne, et attribue cette dernière au froid qu'elle aurait contracté en allant en wagon à Orléans, quelques jours avant de tomber malade. Prescription : sulfate de quinine, 1/2 gramme par jour en trois pilules; un purgatif salin; repos au lit; continuation des autres moyens. Diminution de la céphalalgie et disparition du redoublement fébrile après deux jours d'administration du sel de quinine.

1er octobre, apparition d'un gonflement rosé des paupières gauches; peu de mal de tête; douleurs vives dans la jambe gauche et le bras droit; le poignet, de ce dernier côté, est tuméfié et sans changement de couleur à la peau; le tissu cellulaire sous-cutané du bas du mollet gauche offre une induration allongée de haut en bas très-douloureuse et sans changement de couleur à la peau; difficulté extrême des mouvements; fièvre assez intense sans redoublement; langue rouge, sèche, peu couverte; diarrhée bilieuse. Je diagnostique un érysipèle de la face et des douleurs rhumatismales : limonade, fumigations émollientes, diète, lavements. J'ai appris plus tard que, déjà à cette époque, la femme Chauvet attribuait sa maladie à son cheval morveux et farcineux.

Le 2 et le 3, l'érysipèle de la face descend, sans changer de côté et sans prendre une teinte plus foncée; le poignet droit est très-gonflé et rouge; la jambe gauche offre, à la malléole externe, une tuméfaction

avec rougeur, chaleur et douleur vive, s'étendant à la moitié externe de la plante du pied; soif vive, rougeur considérable et sécheresse de la langue; insomnie; continuation de la diarrhée; pouls très-fréquent et mou : boissons rafraîchissantes, lavements, cataplasmes arrosés d'un mélange de baume tranquille et de laudanum. Dans la soirée du 3, il survient une faiblesse accompagnée de spasmes nerveux très-effrayants : sinapismes, potion antispasmodique et stimulante.

Le 4, elle est un peu mieux; une pustule à base très-rouge, un peu élevée, s'est développée à l'avant-bras gauche; quatre à cinq nodosités analogues à celle du mollet, du même côté, s'y sont aussi montrées; elles sont peu douloureuses. Même état général, même prescription.

Le 5, des pustules semblables à celles de l'avant-bras gauche existent sur les cuisses au nombre de cinq à six; l'érysipèle de la face a complétement cessé; une seule pustule se voit sous le menton; trois ou quatre indurations cellulaires se voient à la jambe droite; le poignet, de ce côté, est de plus en plus gonflé et douloureux. De nombreuses et larges bulles se sont formées sur la partie du pied gauche érysipélateux; il en sort, après les avoir perforées, une grande quantité de sérosité citrine. Même état général, même traitement.

Le 6, le 7 et le 8, un peu d'amélioration dans les symptômes généraux; les bulles du pied gauche se réunissent et deviennent livides. Pas de changement dans la médication.

Le 9, après un frisson très-fort dans la soirée, nuit excessivement pénible; délire; dyspnée, pouls à peine comptable et petit, yeux hagards et fixes; un érysipèle d'un rouge livide s'est montré à la face, en commençant par le nez, qui est tuméfié et dur, et couvert de plusieurs pustules livides et indurées; les vésicules de la jambe sont de plus en plus ardoisées; la malade y accuse peu de douleur; des bulles remplies de pus se sont élevées sur le poignet droit, et de nouvelles pustules ont apparu çà et là sur les membres, mais point au tronc; celles qui sont ouvertes tendent plutôt à l'ulcération qu'à la cicatrisation; les indurations nouvelles dont j'ai parlé existent toujours; elles n'ont ni grossi, ni diminué; langue rouge, pointue, brune à la base; diarrhée infecte et très-abondante; sueurs abondantes aussi et chaudes.

Le 11, aggravation des symptômes généraux et locaux.

Le 12, l'érysipèle occupe toute la face; le nez, retroussé, est de couleur ardoisée et couvert de boutons de mauvaise nature; une sanie épaisse et ichoreuse s'échappe des narines, qui ne livrent plus passage à l'air; voix nasillarde, délire, perte de connaissance; orthopnée, pouls impossible à compter et petit; refroidissement des extrémités, sueurs collantes; tous les boutons deviennent de plus en plus ardoisés; urines

très-rares, rouges comme du sang depuis plusieurs jours; la diarrhée continue toujours : boisson et potions toniques.

Le 13 au matin, insensibilité absolue, refroidissement complet; une odeur infecte s'exhale de toutes les parties du corps, notamment par les voies respiratoires. Elle s'éteint à 7 heures du matin. La nuit, elle avait répété, dans son délire, que son malheureux cheval avait occasionné sa mort.

Si on admet, comme je n'en doute pas pour mon compte, qu'il y a eu ici communication morbide du virus morveux et farcineux du cheval à l'homme, par quelle voie la contagion s'est-elle opérée? est-ce par les organes respiratoires? est-ce par l'application de la sanie virulente sur la peau saine et dénudée? ou bien encore par l'appareil digestif, la malade ayant omis les soins de propreté après avoir pansé son cheval? Il m'est impossible de donner une solution satisfaisante à ces différentes questions : de nouveaux cas observés avec toute l'attention possible seront nécessaires sans doute pour fixer l'opinion d'une manière absolue à cet égard.

Je dois dire, en terminant, que ce n'est que vers la terminaison de la maladie de la femme Chauvet que j'ai appris les soins qu'elle avait donnés à un cheval morveux, la marche insolite de son affection m'ayant porté à faire de nouvelles recherches sur sa cause possible.

Bourgeois,
Médecin en chef de l'hôpital d'Etampes.

LE SIROP DE DEXTRINE SERT A UNE FOULE DE SOPHISTICATIONS.

Nous avons signalé, il y a cinq ans, dans ce journal, le coupable emploi que certains marchands commençaient à faire du sirop de fécule, en le mêlant au miel et aux sirops de sucre, de gomme et de capillaire. Aujourd'hui, cette fraude prend une nouvelle extension; non-seulement elle est employée pour certaines boissons, telles que le cidre et la bière, mais encore elle est appliquée aux substances alimentaires.

Quand donc l'autorité sévira-t-elle contre un abus si contraire à l'hygiène et aux intérêts de la société, et écoutera-t-elle les nombreuses réclamations que chaque jour la presse lui signale? Tout dernièrement encore, un honorable pharmacien de Dijon, M. Pignaut, a constaté que le sucre de betterave en pain contenait du sirop de fécule; nous-même, ces jours derniers, avons été chargé d'analyser de la pâte de jujube,

des dragées communes, de la gelée de groseille est du pain d'épice contenant de la même substance.

Espérons que les saisies qui ont été faites donneront lieu d'infliger une peine de nature à intimider ceux qui seraient tentés de marcher dans une voie aussi coupable.

STAN. MARTIN, pharmacien.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de pathologie médicale, par A. P. REQUIN, D. M. P., *médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc., etc.*

S'il est incontestable que malgré la fiévreuse activité que, depuis quelque vingt ans, déploie la littérature médicale, il n'est pas un seul traité de pathologie qui soit réellement à la hauteur de la science, cela est bien plus vrai encore lorsqu'il s'agit d'un ouvrage didactique, qui initie les étudiants en médecine à l'étude de la pathologie, et les prépare aux difficultés de la pratique. C'est ce dernier but que MM. Requin et Nélaton poursuivent en commun aujourd'hui, après s'être partagé, suivant la spécialité de leurs études, le vaste champ de la médecine et de la chirurgie. C'est de la partie médicale de cette œuvre collective que nous avons à nous occuper exclusivement ici.

M. Requin n'est point un nouvel arrivant dans la carrière difficile où il se montre en ce moment : doué d'un esprit à la fois facile, sagace et méthodique, sa vocation est évidemment celle de l'enseignement. Bien que le succès n'ait pas encore couronné ses efforts dans les concours nombreux auxquels il a pris part, nul ne conteste que, parmi les jouteurs malheureux de ces luttes scientifiques, il ne soit un de ceux qui ont développé le plus de science réelle et de talent d'exposition. Si nous regrettons que l'auteur nous rappelle avec un peu trop d'amertume ces luttes où il a succombé, nous nous applaudissons, dans l'intérêt de l'instruction scientifique, de retrouver dans son ouvrage les qualités précieuses que ces épreuves périllenses ont fait éclater en lui.

Considéré sous le point de vue purement didactique, point excessivement important pour un ouvrage qui se donne la mission d'une exposition élémentaire de la science, le *Traité de Pathologie médicale* est écrit d'après les principes d'une excellente méthode. M. Requin, après

avoir nettement défini la pathologie, en avoir précisé les limites, esquisse rapidement, dans des considérations préliminaires pleines de sens et de raison, les principes généraux de l'*organum*, pour parler le langage d'Aristote, de la logique médicale. Après avoir établi que, comme science d'observation, la médecine a nécessairement pour base la connaissance des faits individuels ; il remarque, ce que tant de gens paraissent avoir oublié, que là n'est point la science, si elle a droit à être autre chose qu'un empirisme grossier, une épellation éternelle de la nature vivante dans ses observations. « La science, dit-il, ne naît qu'avec la généralisation des faits particuliers. Il faut comparer ces faits entre eux ; il faut rapprocher les faits analogues, en abstraire ce qu'ils ont de commun et de fixe au milieu de la variabilité des faits accessoires, et, par là, poser un principe, un aphorisme, ou, comme on aime à dire aujourd'hui, un fait général. Voilà véritablement l'œuvre scientifique ; voilà comment procèdent les grands observateurs, les Hippocrate, les Sydenham, les Morgagni, les Corvisart, les Laennec. »

Bien qu'à notre sens les hommes illustres que l'auteur vient de citer ne doivent point être mis sur la même ligne en tant qu'organisateurs scientifiques, et qu'à le bien prendre les quatre derniers ne soient rien de plus que de grands observateurs, on ne saurait, dans la direction actuelle des esprits, donner trop de développement à cette idée fondamentale ; on ne saurait trop s'efforcer de la faire pénétrer, sous toutes les formes, dans les intelligences qui abordent l'étude d'une science où tant d'esprits subalternes ne voient rien au delà de l'observation empirique. Une question fort importante est également traitée avec soin dans ces considérations préliminaires, c'est celle de la statistique médicale. Là M. Requin montre encore une raison aussi droite qu'un esprit indépendant. La statistique, appliquée à la médecine d'après les principes purs des mathématiques, sur lesquels elle s'appuie, dont elle est une branche, irait nécessairement à immobiliser complétement la science, et à convertir la thérapeutique, pendant fort longtemps encore au moins, en une vraie méditation de la mort.

Ces considérations préliminaires posées, l'auteur passe à la pathologie générale. Là, toutes les questions fondamentales de la science, la nosologie, l'étiologie, la séméiologie, la thérapeutique, sont tour à tour traitées avec tous les développements que comportent les grandes et nombreuses questions qui s'agitent sous ces généralités. Il nous est impossible, dans le court espace dont nous pouvons disposer ici, de suivre M. Requin dans cette partie la plus difficile de sa tâche : s'il nous était permis de descendre dans cette analyse, nous aurions, sur plus d'un point de doctrine, plus d'une objection à faire ; mais ce que nous pou-

vons affirmer, c'est que ce travail, considéré dans son ensemble et comme exposition didactique, qui a surtout pour but l'initiation scientifique, accuse toujours un esprit droit et une raison mûrie par une étude sérieuse de la science.

La pathologie spéciale est enfin abordée ; et dans ce premier volume, sont successivement étudiées les maladies dont le caractère fondamental consiste dans une altération des proportions des éléments du sang : les hypérémies, les hémorrhagies et les inflammations, dans les siéges variés qu'elles peuvent affecter. Chacune de ces grandes questions de pathologie spéciale est précédée de considérations générales qui en définissent nettement le sens pathologique, et en justifient la distinction logique. Là, partout, une discussion sobre, une exposition claire et précise de la séméiologie de chaque espèce morbide, une détermination judicieuse de la puissance réelle de la thérapeutique, donnent au traité de pathologie médicale une valeur didactique qui, suivant nous, doit en assurer le succès.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Changement singulier survenu dans la coloration du sang veineux pendant l'écoulement de ce liquide, après une saignée du bras. — La rutilance du sang ne suffit point pour dénoncer l'origine artérielle de ce liquide ; tous les praticiens un peu attentifs ont observé des cas dans lesquels le sang veineux présente à l'œil, en sortant du vaisseau, les qualités physiques du sang artériel, la rougeur intense, la rutilance prononcée que le sang acquiert dans les poumons par son contact avec le fluide atmosphérique. Les causes sous l'influence desquelles le sang veineux prend ainsi la coloration particulière du sang artériel n'ont peut-être pas été suffisamment étudiées. L'existence d'une phlegmasie actuelle, imprimant au fluide circulatoire une marche rapide à travers les vaisseaux et les organes qu'il parcourt, est regardée avec raison comme une cause possible du phénomène dont il s'agit en ce moment. Le double fait de la rapidité du cours du sang et de l'augmentation de la quantité des globules, dans de pareilles conditions, explique en effet très-bien la modification que la sève vitale présente alors dans sa coloration ; mais il reste toujours à se demander pourquoi le phénomène ne se présente pas constamment dans les cas où ces conditions puissantes se trouvent réalisées? pourquoi, dans d'autres conditions, dans la fièvre typhoïde, par exemple, le sang a parfois présenté cette

coloration anormale? Une autre cause du phénomène, et dont le mode d'action est beaucoup plus évident, c'est l'influence immédiate du fluide atmosphérique lui-même sur le sang veineux; c'est là un fait depuis longtemps constaté; on peut donner au sang veineux nouvellement sorti des vaisseaux la rutilance du sang artériel en le soumettant à l'action de l'oxygène pur, ou en l'agitant fortement au sein de l'air libre, de façon à multiplier le plus possible le contact du liquide avec le fluide ambiant. Le résultat de cette expérience étant bien établi, il est facile de comprendre que les veines, dans la phlébotomie, peuvent être ouvertes de telle sorte que le sang, en s'échappant, réalise les conditions de l'expérimentation que nous venons de rappeler. Ainsi, supposez que l'incision de la peau du tissu cellulaire sous-jacent et celle de la veine ne soient pas exactement parallèles, ou bien que cette incision, proportionnellement à la force d'impulsion du sang emprisonné, soit notablement trop petite; supposez encore qu'un flocon graisseux saillisse au-dessus de l'ouverture de la veine, de manière à diviser le jet ou à lui imprimer ce mouvement en spirale, que tous les praticiens ont certainement eu occasion d'observer quelquefois; dans ces divers cas, outre que le sang trouvant un obstacle à son libre écoulement pourra s'infiltrer en partie dans le tissu cellulaire voisin, la colonne sanguine sera brisée, divisée, et présentera une plus grande surface à l'action du fluide atmosphérique : que le sang veineux prenne en pareil cas la rutilance artérielle, il n'y a rien là qui ne pût être prévu, et qui, par conséquent, pût étonner. Il n'en est pas de même dans le cas que nous avons observé, et qui nous semble mériter d'être relaté ici; ce cas est le fait suivant :

Une femme âgée de vingt-huit ans, enceinte pour la quatrième fois, est saignée dans le dernier mois de sa grossesse, dans le double but de mettre fin à quelques accidents déterminés par la pléthore et de prévenir les pertes qui ont suivi immédiatement chacune des grossesses antécédentes. La saignée est pratiquée à la veine médiane céphalique; cette veine, bien que recouverte par une assez grande quantité de tissus graisseux, est cependant, après la compression ordinaire du bras, facilement sentie. L'incision, faite transversalement, laisse écouler en nappe, mais par une colonne assez volumineuse, un sang d'une coloration foncée; ce liquide conserve cette coloration pendant le temps nécessaire pour obtenir une palette et demie de sang environ : puis tout à coup, le liquide continuant toujours à couler en bavant, prend une teinte d'un rouge intense; cette couleur contraste surtout avec la coloration du sang primitivement sorti, dans le vase qui sert à l'opération. A la fin de la saignée, la coloration noire reparaît, mais non aussi nette que d'abord.

La bande enlevée, le sang continue à couler ; la largeur de l'ouverture du vaisseau explique très-bien cette circonstance. Le doigt appliqué au-dessous de l'incision, et les lèvres de celle-ci rapprochées par la simple pression de la peau, le sang est arrêté sur-le-champ. Nous appliquons immédiatement la compresse et la bande suivant les règles ordinaires, cet appareil est mouillé légèrement à son centre ; le bras plié et appliqué contre le corps, l'écoulement du sang cesse à l'instant même. Nous observons le bras le lendemain, les lèvres de l'incision sont rapprochées ; aucune infiltration, aucune tumeur au pli du bras. Les jours suivants, Mme G... se sert de son bras comme à l'ordinaire, aucun accident n'est survenu.

Quelle est la cause qui, dans ce cas, a changé ainsi tout à coup la coloration du sang ? La pointe de la lancette, traversant de part en part la veine qu'elle a ouverte, a-t-elle rencontré au-dessous de celle-ci une branche artérielle, qui aura été elle-même lésée dans une petite étendue de son diamètre ? Mais alors pourquoi le sang artériel ne s'est-il pas échappé immédiatement et en jet saccadé, comme cela a lieu d'ordinaire? Pourquoi, ensuite, n'avons-nous point observé les symptômes d'un anévrysme faux primitif? la pression insignifiante employée à la suite de l'opération eût été, sans aucun doute, impuissante à prévenir le développement de cet accident. Si le sang rutilant, que nous avons vu se mêler au sang veineux, provenait de quelques artérioles sous-cutanées divisées et ouvertes dans la plaie par laquelle s'échappait le sang veineux, on ne comprend pas davantage comment ces artérioles n'auraient pas versé immédiatement le sang qu'elles contenaient. Supposerons-nous maintenant que quelque accident survenu dans la manière dont le liquide veineux s'écoulait aura pu rendre le contact de l'air atmosphérique plus large, et plus propre, partant, à oxygéner ce liquide? Nous n'avons rien observé à cet égard qui puisse nous rendre cette hypothèse plus admissible que les précédentes. Nous l'avouerons donc avec simplicité, nous ignorons à quelle cause plausible ce phénomène singulier doit être attribué. Du reste, à propos de ce fait, nous nous rappelons avoir déjà observé un cas où les choses se sont passées d'une manière analogue. Nous n'avons pas assez présentes à l'esprit les diverses circonstances de ce fait pour que nous puissions le rapporter; mais nous pouvons affirmer, d'après l'impression qui nous en est restée, qu'il se rapproche de celui que nous venons de citer. Aucun accident consécutif n'est d'ailleurs survenu, qui expliquerait immédiatement, quoique bien malheureusement, le phénomène dont nous nous occupons en ce moment.

Nous avons recherché dans divers auteurs qui ont traité spécialement

de la saignée, tels que Boyer, M. Martin Solon, et surtout M. Magistel, qui a fait un ouvrage *ex professo* sur la matière, et dans lequel les divers accidents que peut présenter la saignée sont tour à tour examinés; et nous n'avons rien rencontré qui eût trait au problème que nous cherchions à résoudre. Nous avons pensé que ce phénomène insolite, rencontré inopinément par quelque praticien, pourrait le préoccuper comme il nous a quelque peu préoccupé nous-même; c'est pourquoi nous avons cru qu'il était bon de mettre ce fait sous les yeux de nos lecteurs.

Kyste hydatique du foie, ouvert avec l'instrument tranchant par la méthode en deux temps. — Nous avons rapporté dernièrement une importante observation recueillie à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Robert. L'on y a vu un cas de tumeur hydatique du foie reconnue avec la plus grande sagacité par ce chirurgien; et, chose digne d'intérêt, c'est que la guérison a été la suite du traitement chirurgical suivi dans cette affection, traitement qui a consisté dans l'ouverture du kyste au moyen de la potasse caustique et du bistouri. (Voy. tome XXV, p. 379.) Voici un nouvel exemple de cette maladie dont le diagnostic était non moins difficile que celui du premier, mais qui n'a point échappé à la haute expérience d'un de nos plus habiles praticiens, M. Rayer. Le procédé employé pour l'ouverture du kyste n'a pas été dans ce cas le même, comme on va le voir, que celui employé à l'hôpital Beaujon; en outre, au bout de quelques jours la malade a succombé. Ce sont des motifs pour que nous arrêtions l'attention de nos lecteurs sur ce fait instructif.

Une femme, âgée de quarante-sept ans, nommée Victoire Gabaret, pâle, d'une constitution peu robuste, entra à l'hôpital de la Charité le 14 octobre dernier. Depuis six ans elle avait commencé à éprouver des douleurs, d'abord légères, une gêne habituelle dans l'hypocondre droit; à plusieurs reprises ces douleurs s'étaient exaspérées, et l'on avait été obligé de les combattre par des sangsues, les émollients et les bains, et tout était rentré dans l'ordre; mais le malaise local, la pesanteur, persistaient. Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade ne se plaignait pas du côté; elle venait pour se faire traiter d'un catarrhe pulmonaire. L'examen fit constater à M. Rayer une tumeur dans l'hypocondre droit. D'après la nature de la tumeur, sa position, sa marche et l'absence de symptômes généraux, il détermina qu'il avait affaire à un kyste hydatique du foie. Quelle conduite fallait-il tenir dans cette circonstance? Assurément l'on pouvait abandonner la maladie à elle-même, et cette femme pouvait vivre encore un an peut-être et davantage; mais l'expectation devait avoir pour résultat d'aggraver la position du sujet. La seule chance avantageuse était donc l'ouverture du kyste, car sans cette opé-

ration l'affection ne pouvait se terminer que d'une manière fatale. M. Rayer l'a pensé ainsi et a prié M. Velpeau d'ouvrir la tumeur.

Chacun sait que le danger immédiat de ces opérations consiste dans l'épanchement dans le péritoine, qu'il faut nécessairement traverser pour arriver avec l'instrument jusqu'au foie et au kyste. Aussi tous les procédés ont-ils pour but de déterminer préalablement des adhérences du péritoine autour du point où la ponction sera faite. M. Récamier, et après lui tous ceux qui en France ont eu à pénétrer dans un kyste du foie, ont employé la potasse caustique. Une escharre de la grandeur d'une pièce de cinq francs est produite ; on fend crucialement cette escharre ; on réapplique de nouveau le caustique au fond de la plaie ; on fend encore s'il est nécessaire pour appliquer une troisième fois la potasse, ou bien, si la profondeur de la plaie, et le travail qui s'y est opéré, donnent la garantie que les adhérences péritonéales ont été produites, on pénètre avec l'instrument tranchant à travers la dernière escharre jusqu'à la tumeur. C'est ainsi qu'a procédé M. Robert dans l'observation que nous avons rapportée.

M. Velpeau, appelé, comme nous l'avons dit, par M. Rayer, a adopté une autre méthode chez notre malade. Après avoir fait une ponction exploratrice au moyen d'un trocart extrêmement fin, ponction qui a donné issue à un liquide mucilagineux, il a donné la préférence à la méthode de M. Grave, chirurgien de Dublin, laquelle consiste, pour obtenir les adhérences, à inciser d'emblée jusqu'auprès du péritoine, à écarter les lèvres de la plaie et à panser avec de la charpie de manière à maintenir la plaie ouverte. Puis, au bout de quelques jours, lorsque les adhérences péritonéales se sont produites, la tumeur, qui proémine presque à découvert dans la plaie, ou s'ouvre d'elle-même, ou est ouverte avec le bistouri. C'est ce qu'on appelle méthode en deux temps.

M. Velpeau a donc incisé les téguments et est arrivé jusqu'au péritoine chez la malade de la Charité ; il a porté le doigt au fond de la plaie et a pu sentir manifestement la fluctuation. La plaie a été pansée, comme nous l'avons dit, avec de la charpie, et depuis le samedi 2 décembre dernier, jour de l'opération, jusqu'au mercredi 6, rien de nouveau n'a été tenté. M. Velpeau, pensant alors que les adhérences avaient eu le temps de s'établir, a procédé au second temps. Un bistouri à lame étroite a été plongé dans la tumeur fluctuante qu'on sentait au fond de la plaie, et aussitôt un jet d'un liquide jaunâtre très-abondant s'est élancé par l'ouverture, puis sont venues des masses filantes qui ont interrompu le jet, et après leur sortie, le jet a recommencé. Un stylet porté dans l'ouverture a pénétré d'abord dans une vaste poche, puis a été arrêté par une paroi ; mais en l'inclinant un peu, il s'est trouvé dans une autre large

cavité. En résumé, il est sorti de ce kyste du pus, des matières comme muqueuses et un liquide analogue à du sérum ; en un mot, c'était un liquide hydatique. On a placé une mèche dans l'ouverture et l'on a pratiqué à diverses reprises des injections détersives dans l'intérieur du kyste. Il a continué à couler une quantité de matières séro-purulentes ou purulentes; mais la fièvre s'est développée, des accidents locaux sérieux se sont manifestés et la malade a succombé. A l'autopsie, on a constaté qu'il n'y avait pas un kyste unique, qu'il y en avait plusieurs et de différentes natures; deux de ces kystes communiquant l'un avec l'autre avaient été vidés, les autres étaient intacts et renfermaient la matière que nous avons décrite et des acéphalocystes. — On le voit, l'opération ici ne pouvait point avoir le résultat heureux qu'on a obtenu quelquefois dans les cas de kyste unique.

Épilepsie guérie par l'emploi des vésicatoires volants. — Un journal de médecine rapporte l'observation d'un malade que nous avons suivi avec intérêt, en 1840, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, ce médecin ingénieux et hardi, qui trouve souvent de nouvelles routes pour arriver, dans les cas ardus, au résultat thérapeutique qu'il se propose. —Chacun sait que l'accès d'épilepsie est annoncé à certains malades par un sentiment particulier dans une des parties du corps, et plus souvent dans l'un des membres, sentiment auquel on a donné le nom d'*aura epileptica*. On a tenté de prévenir l'accès en combattant l'*aura*, et l'on y a quelquefois réussi. C'est ainsi qu'on a appliqué une ligature très-serrée au-dessus de l'endroit d'où l'*aura* partait; qu'on a appliqué des cautères, des sétons et même le fer rouge sur ce point. M. Récamier a voulu barrer le passage à l'*aura* et l'empêcher d'arriver à la tête au moyen de vésicatoires circulaires; il l'a poursuivie à outrance sur tous les points où elle s'est montrée, et, en un mois de temps et par l'emploi de huit vésicatoires appliqués avec opportunité, il est parvenu à guérir radicalement un malade dont les accès allaient se rapprochant. La guérison est des mieux confirmées, car aujourd'hui, après trois ans, ce sujet assure n'avoir pas eu de nouvelles atteintes de son effroyable maladie. Les vésicatoires, employés comme M. Récamier l'a fait, auraient-ils, chez d'autres malades, une efficacité aussi absolue? on ne pourrait certainement l'assurer. Néanmoins, c'est une méthode à employer dans les cas d'accès épileptiformes précédés par l'*aura*. Pour éclairer le praticien sur la marche à suivre, il est utile d'entrer dans quelques détails au sujet du malade dont il s'agit.

C'était un tailleur âgé de 32 ans, qui, le 9 novembre 1839, fut pris, sans cause occasionnelle connue, d'une première attaque d'épilepsie

avec perte de connaissance; il tomba dans le feu, et se brûla la cuisse droite sans le sentir. Depuis ce jour jusqu'au 7 décembre, où il entra à l'Hôtel-Dieu (un mois environ), il eut huit nouvelles attaques, mais moins fortes, dont trois cependant avec perte de connaissance. L'accès épileptique s'annonçait par un tremblement et une vibration intérieure qui ne se faisaient sentir que dans une moitié du corps et de la face: le corps était symétriquement partagé par la ligne médiane; simultanément le malade éprouvait une crampe au mollet gauche; ces prodromes duraient quelques secondes, et l'accès épileptique faisait explosion. Depuis le premier accès, la jambe gauche, à partir du pied jusqu'au milieu de la cuisse, est restée engourdie et à demi paralysée. Deux accès, l'un fort, l'autre faible, eurent lieu jusqu'au 24 décembre, jour où eut lieu l'attaque d'épilepsie qui put pour la première fois être bien observée. D'abord crampe du mollet gauche, puis gonflement et rougeur livide du visage, contraction des muscles de la face, qui devient hideuse; un peu d'écume à la bouche; quelques sons rauques poussés du fond de la gorge, mouvements de la tête d'avant en arrière, raideur tétanique du tronc, respiration convulsive, contorsion du bras en dedans. L'accès dura deux minutes au plus, et le malade revint à lui sans avoir le souvenir de ce qui s'était passé. M. Récamier fait poser un vésicatoire circulaire de trois doigts de largeur autour du mollet, au-dessus de l'endroit où se fait sentir la crampe. Trois jours après, la crampe se manifeste au bas de la cuisse, et est suivie d'une attaque d'épilepsie peu violente: nouveau vésicatoire qui environne entièrement le milieu de la cuisse. Après l'application de ces deux vésicatoires, la paralysie de la jambe s'en alla en grande partie, et le malade put marcher plus facilement. Le 2 janvier 1840, le pied gauche est engourdi: vésicatoire sur le pied; l'engourdissement disparaît. Le 6 janvier, douleur dans le mollet: vésicatoire circulaire au-dessus du point douloureux; la douleur disparaît. Le 10, le malade éprouve depuis deux jours, à partir de la hanche gauche jusqu'au mamelon du même côté, des secousses et des fourmillements avec une tendance aux attaques épileptiques: un vésicatoire est appliqué, qui entoure comme une ceinture la base de la poitrine. Le 18, le malade accuse une sensation pénible de fourmillement au-dessus du mamelon droit et un engourdissement douloureux au-dessus de la cheville du pied droit: un vésicatoire en collier entoure le cou, et un autre le bas du mollet droit. Le 22, quelques sautillements douloureux vont du coude à l'épaule gauche: vésicatoire en bracelet au-dessus du coude; on donne de plus au malade, matin et soir, une pilule ainsi composée:

Oxyde blanc de zinc, 5 centigr.
Camphre, 3 centigr.
Extrait de belladone, 3 centigr.

Le 25, il paraît au malade que des milliers de fourmis remontent du pied au genou gauche, et de là à l'aine; on continue seulement les pilules. Le 26, engourdissement dans le dos et constipation depuis quatre jours : un lavement purgatif procure une forte évacuation et la disparition de l'engourdissement. Le 27 janvier, la sensation de formication continue toujours à la jambe gauche : on applique un dernier vésicatoire qui environne la cuisse, et tout disparaît. A partir de ce jour jusqu'aux premiers jours de mars, époque où le malade a quitté l'Hôtel-Dieu, il n'a plus rien éprouvé, et sa santé a été parfaite; on a néanmoins continué les pilules indiquées plus haut pendant trois semaines environ. A sa sortie de l'hôpital, ce malade a été suivi et a été vu il y a peu de jours encore, et ses attaques ne se sont pas remontrées. Nous n'avons rien à ajouter aux réflexions dont nous avons fait précéder l'exposé de ce fait intéressant.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AFFECTIONS NERVEUSES ET INTERMITTENTES *guéries au moyen de la toile d'araignée.* Toute la médecine est dans l'observation, et l'on ne répugne plus aujourd'hui de plier sa raison devant des faits empiriques, lorsqu'ils sont judicieusement constatés; on accepte ces faits et on les utilise. Déjà dans ce journal deux médecins recommandables, M. Max. Simon (t. XX, p. 149), et M. Dassit (t. XX, p. 118), ont montré par des observations que les pilules de toile d'araignée jouissaient bien réellement d'une vertu antipériodique, et que l'opinion populaire devait être admise à cet égard par les hommes de l'art. Un médecin italien, M. le docteur Cenni, qui a déjà publié d'autres observations sur ce sujet, vient confirmer ses premiers résultats par quelques nouveaux faits qui établissent de plus en plus l'efficacité de la toile d'araignée dans les affections intermittentes. Une jeune fille de quatorze ans, non encore réglée, fut, à la suite d'une frayeur, prise d'accès convulsifs de nature hystérique et débutant par une sensation de fourmillement dans la jambe droite. Ces accès revenaient chaque jour périodiquement. Administration d'un purgatif anthelmintique, puis du sulfate de quinine uni à l'oxyde de zinc, qui restent sans aucun effet. Alors M. Cenni prescrit la toile d'araignée par pilules de 20 centigrammes; il administre 10 ou 12 pilules entre les accès. Ceux-ci deviennent de plus en plus éloignés, et au bout de six jours ils avaient entièrement cessé. Dans les mois de mars et d'avril, j'ai soigné, dit M. Cenni, une vingtaine de personnes, qui, tous les jours vers le lever du soleil, étaient saisies d'une douleur vive à la région frontale, douleur qui s'étendait bientôt à tout un côté de la tête, et principalement au-dessus de l'orbite. Les souffrances étaient portées au point d'arracher des cris et de confiner les malades au lit. A midi, la douleur diminuait, puis disparaissait pour revenir à la même heure, le lendemain. Le sulfate de quinine uni au camphre réussit chez tous les malades, excepté chez un jeune hom-

me de vingt ans, auquel je fus obligé de prescrire 10 pilules de toile d'araignée à prendre chaque nuit. A la première dose la douleur perdit beaucoup de son intensité; dès la seconde l'accès fut coupé pour ne plus reparaître.—Un enfant de douze ans avait une fièvre tierce: après lui avoir fait prendre une once d'huile de ricin, dont l'action purgative amena quelques lombrics, M. Cenni lui ordonna 12 pilules de toile d'araignée. Le premier accès vint à l'heure accoutumée, mais un peu plus faible; la même prescription retarda et diminua l'accès suivant. Au bout de quatre prises la fièvre fut tout à fait supprimée. M. Cenni ajoute que la toile d'araignée lui a constamment réussi dans les maladies qui reviennent *par accès*. Quant à celles qui sont *intermittentes*, ce médicament est absolument, dit-il, comme le quinquina; tantôt il coupe la maladie, tantôt il ne fait qu'en suspendre le retour pendant plus ou moins de temps. (*Raccoglitorre medico* et *Gaz. médicale de Paris*, décembre 1843.)

ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE (*Des causes, de la nature et du traitement de l'*). — L'altération appelée *œdème de la glotte* est-elle, comme le veulent ceux-ci, une maladie distincte, existant par elle-même, ou bien n'est-elle, comme le veulent ceux-là, qu'un épiphénomène anatomo-pathologique appartenant à la laryngite? En d'autres termes, l'œdème du larynx est-il une laryngite œdémateuse, ou une hydropisie laryngienne? Cette question, selon M. Fleury, auteur du travail que nous analysons, n'a point été résolue, et cela parce que les auteurs se sont placés à un point de vue trop exclusif, en ne voulant voir, dans tous les cas, les uns qu'une hydropisie essentielle, les autres qu'un accident inflammatoire.

M. Fleury établit que l'œdème laryngien est une hydropisie pouvant se développer sous l'influence des différentes causes qui produisent toutes les hydropisies en général, et l'anasarque partiel (œdème) en particulier; que cette hydropisie est, dans quelques cas, inflammatoire, mais que le plus ordinairement elle est entièrement étrangère à l'inflammation. Il fonde sa démonstration sur l'analogie et sur l'observation, en montrant que l'œdème laryngien se développe quelquefois chez des sujets débilités pendant la convalescence des fièvres graves, en l'absence de toute altération antérieure ou concomitante du larynx. De ses recherches il résulterait: 1° que c'est à tort que M. Blache a déclaré qu'il n'existait pas dans la science un seul exemple d'œdème essentiel du larynx; 2° qu'il n'est point possible de ne voir dans l'œdème laryngien que le premier degré de la laryngite sous-muqueuse; 3° que décrire sous le nom d'angine laryngienne œdémateuse des caries, des névruses, des abcès du larynx, existants sans aucune trace d'inflammation séreuse, c'est dire qu'il existe un œdème laryngien sans œdème.

Cette discussion de pure pathogénie conduit M. Fleury à combattre l'opinion, généralement adoptée, qui prescrit d'opposer à l'angine laryngienne œdémateuse la médication antiphlogistique la plus énergique, et, après avoir montré que les partisans les plus exclusifs de ce traitement ont été obligés de reconnaître son inefficacité, il établit que les moyens thérapeutiques doivent varier avec la cause de l'œdème, et qu'à cet égard il faut obéir aux médications qui constituent la thérapeutique des hydropisies en général.

Ainsi, si l'œdème laryngien se manifeste brusquement, dans l'état sain, chez un sujet pléthorique; s'il est accompagné de réaction fébrile, d'une inflammation aiguë du pharynx et surtout des tonsilles, il faut recourir à la médication antiphlogistique, et de préférence aux applications de sangsues au niveau du larynx; mais si ces émissions sanguines locales n'ont pas été faites dès le début des accidents, si elles n'ont pas été suivies d'une amélioration marquée, il faut renoncer à leur emploi. Il faut examiner avec soin si le larynx n'est pas comprimé par une hypertrophie avec induration des tonsilles, par un abcès du cou, par un goître, etc., et, dans le cas où il en serait ainsi, s'appliquer à faire disparaître ou du moins à combattre cette cause de compression.

La maladie continuant à faire des progrès, il faut s'efforcer d'obtenir la résorption de la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire laryngien, au moyen des vomitifs, des vésicatoires appliqués sur le cou, des insufflations d'alun, des frictions mercurielles pratiquées sur le cou, ou sur le ventre et les cuisses. Toutes les fois que des

bourrelets œdémateux pourront être constatés, on devra tenter de donner issue au liquide épanché, au moyen des scarifications (Lisfranc), ou de la déchirure avec l'ongle (Legroux). Concurremment avec ces différents moyens, à moins de contre-indications formelles, on aura recours aux fortifiants, aux toniques, lorsque l'œdème se montrera chez un sujet débilité ou faible. Enfin, lorsque l'asphyxie est imminente, il faut ouvrir à l'air un passage artificiel, et l'opération ne doit pas être pratiquée trop tard. (*Journal de médecine*, janvier 1844.)

BÉGAIEMENT (*Exposé de la nouvelle méthode employée par M. Jourdant pour guérir le*). Un honorable confrère, M. A. Becquerel, atteint depuis son enfance d'un bégaiement très-prononcé et n'ayant retiré aucun bon effet durable des diverses méthodes de traitement, annonça tout à coup, dans le mois d'avril 1843, qu'il était complétement guéri, et qu'il devait ce résultat à la méthode que lui avait enseignée un mécanicien, nommé Jourdant. Par reconnaissance pour M. Jourdant, comme aussi dans l'intérêt des personnes affectées de bégaiement, M. A. Becquerel saisit l'Académie des sciences de cette question, et déposa un paquet cacheté contenant l'exposé de la méthode. Une polémique longue et parfois trop vive suivit ce manifeste de M. Becquerel; il ne peut nous convenir de juger en ce moment ces débats, où prirent part M. Malbouche, et surtout M. Colombat de l'Isère. Quoi qu'il en soit, M. Becquerel a obtenu de M. Jourdant l'autorisation de livrer au public médical le secret de sa méthode, et c'est principalement à en répandre la connaissance et l'usage qu'est consacré le volume que publie aujourd'hui notre confrère.

Nous allons nous efforcer, en analysant cet ouvrage, de présenter à nos lecteurs, en moins de mots et avec le plus de clarté possible, tout ce qui constitue la méthode de M. Jourdant.

L'on s'est beaucoup occupé, depuis vingt ans surtout, de rechercher quelle est la nature du bégaiement et sa cause première. Les auteurs ont varié à l'infini sur la manière d'interpréter les faits. Depuis l'article *Bégaiement*, publié en 1821 par Rullier, dans le Dictionnaire en 21 volumes, jusqu'à M. Colombat, et postérieurement aux prétentions chirurgicales de Dieffenbach et autres, tout est confusion et incertitude. La théorie émise par Rullier, Voisin, Colombat, Bell, place le point de départ du bégaiement dans le système nerveux; ils le regardent comme dépendant d'un défaut de la puissance de coordination des diverses actions des organes vocaux et de ceux de l'articulation en particulier; le bégaiment tient, selon M. Malbouche, à l'imperfection de mouvements fort délicats de la part de la langue en arrière, en avant ou bien en haut; M. Serre d'Alais voit dans le bégaiement une affection nerveuse présentant deux modes: 1° chorée des muscles modificateurs des sons; 2° raideur tétanique des muscles de la voix et de la respiration. Beaucoup de médecins, M. Hervey de Chegoin, entre autres, ont placé la cause du bégaiement dans des vices de conformation de la langue, des lèvres ou de la bouche. C'est aussi, mûs par l'idée de la brièveté de la langue chez les bègues, fait qui n'est point exact, qu'en 1841 tous les myotomistes français se sont mis, à l'exemple de Dieffenbach, à couper les muscles génio-glosses, et l'on sait avec quels résultats!

Notre but n'est pas de suivre M. Becquerel dans la critique qu'il fait de toutes ces opinions, mais bien de faire comprendre à nos lecteurs la méthode de traitement appliquée par MM. Jourdant et Becquerel à la cure du bégaiement. Et d'abord, quelle est l'idée qu'ils se forment sur la cause de ce vice de la parole, sur la nature de cette affection, idée qui les conduira à l'emploi de leur méthode? La voici. Pour M. Jourdant, la cause réelle du bégaiement est dans la sortie simultanée d'air inspiré et de la parole: « Le bégaiement est dû à ce qu'on use en souffle, et non en son, l'air qu'on a dans la poitrine,» voilà sa phrase. Ceci demande quelques développements. L'acte de la respiration se compose des phénomènes suivants: inspiration, dilatation de la poitrine qui en est le résultat, puis expiration de l'air qui sort avec une certaine force. Que l'individu veuille produire un son vocal, il commence par faire une inspiration qui dilate la poitrine, puis au moment où l'expiration commencerait

s'il n'y avait pas de son à produire, le son vocal commence à sortir et continue jusqu'à ce que tout l'air qui aurait dû être expiré ait été employé à la formation du son ; alors, ou cet individu s'arrête, ou il fait une nouvelle inspiration pour commencer un nouveau son, et ainsi de suite Il y a ici deux choses à noter · 1° le retour de la poitrine à son état normal et son affaissement lent et successif à mesure que le son est émis; 2° l'emploi de l'air, qui aurait dû être expiré, simplement à la formation du son. Ainsi, l'air inspiré est ménagé et sort avec une lenteur plus grande, en rapport avec la durée et l'intensité du son. Il est par conséquent employé en son pur et simple, et nullement en souffle (air expiré).

Chez le bègue, de l'air *expiré en pure perte*, vient se mêler à la formation de la parole ; les parois thoraciques s'affaissent trop tôt pour expulser l'excès d'air qui vient d'être introduit par l'inspiration et qui maintient la poitrine dilatée. Cet affaissement détermine la sortie d'une plus grande quantité d'air qu'il n'en faut pour la parole, et il en résulte un courant d'air expiré, sensible, qui, arrivant dans la cavité buccale en même temps que la langue, les lèvres et les parois buccales se contractent pour articuler, s'oppose à leur libre jeu et détermine une difficulté dans la parole, qui constitue le bégaiement. Ainsi, comme on le voit, la cause première du bégaiement est, pour MM. Becquerel et Jourdant, plutôt dans le trouble du jeu des muscles thoraciques que dans celui des muscles de l'articulation, qui sont toujours, il est vrai, affectés consécutivement ; son point de départ peut être placé dans une affection dynamique des muscles de la respiration. Ces mouvements convulsifs des muscles de l'articulation des sons, la difficulté très-grande de prononcer certaines syllabes, la répétition plus ou moins fréquente d'autres, ne sont, en général, que la conséquence de la sortie prématurée et intempestive d'air qui n'est pas employé à la formation du son et de la parole.

Pour guérir le bégaiement, il faut donc empêcher l'air de sortir en pure perte pendant qu'on parle. Mais comment pourra-t-on l'empêcher de sortir? En imitant en tous points le mécanisme de la respiration chez une personne qui parle librement. Toute la difficulté consiste dans la retenue de l'air. Pour y parvenir, voici de quelle manière il faudra parler : inspiration légère comme dans l'état physiologique; faire une toute petite pause; puis se mettre à parler, en observant sans cesse de maintenir la *poitrine légèrement dilatée* et *l'abdomen légèrement saillant*, et d'employer le moins d'air possible; puis, avant de recommencer la même série de phénomènes, chasser l'air restant par une *expiration active*. Il suffit pour cela d'y penser et de faire un léger effort de volonté. D'après ce qu'a observé M. Becquerel sur lui-même, on peut, à la rigueur, se contenter de ne songer qu'à maintenir l'abdomen légèrement saillant, position qui, en maintenant le diaphragme abaissé, force la poitrine à rester dilatée. Pour appliquer la méthode avec plus d'efficacité, M. Jourdant divise la phrase, ou le membre de phrase pour lequel il faut une inspiration et une expiration, en trois temps : 1° l'inspiration et la pose; 2° la phrase en même temps qu'on maintient le diaphragme abaissé et la poitrine dilatée ; 3° expulsion de l'air qui reste encore dans la poitrine par une expiration active. Il conseille en même temps de marquer ces trois temps avec le pouce; cet artifice suffit pour constituer un moyen mnémonique de la méthode, et force à l'employer. M. Jourdant recommande aussi de chercher toujours à conserver le plus d'air possible pour l'expiration finale. En ayant sans cesse cette pensée présente à l'esprit, on est nécessairement obligé d'employer l'air avec beaucoup de ménagement pour qu'il en reste à la fin, et par conséquent on ne bégaie pas.

Telle est la base de la méthode Jourdant ; elle est applicable aux trois espèces de bégaiements admis par M. Becquerel : le bégaiement ouvert, le bégaiement fermé, le bégaiement mixte. Elle réussit presque toujours à guérir les bégaiements véritables, avec lesquels il ne faut pas confondre la blésité, le sessayement, le bredouillement, le grasseyement et le balbutiement; comme aussi avec les difficultés de la parole symptomatiques d'une mauvaise conformation de la langue, des lèvres, du pharynx, etc., ou d'une altération cérébrale; ni non plus ce vice de la parole constitué par la répétition pure et simple de certaines syllabes.

Avec les simples détails dans lesquels nous venons d'entrer, le praticien peut essayer de tenter la guérison du bégaiement; mais il faut de la part du bègue plusieurs jours d'essais, de tâtonnements, de difficultés à vaincre. Dans les premiers instants il est presque impossible de mettre la méthode en usage; mais en persévérant on finit toujours par y arriver, et une fois qu'on est parvenu a en bien saisir le mécanisme, on est toujours tenté d'en continuer l'application, car le bègue, au lieu d'être fatigué de cette manière de s'exprimer, comme il l'était par sa difficulté, se sent au contraire à son aise; la respiration est plus libre, plus facile, et tout l'encourage à persister dans cette habitude. Pour de plus amples renseignements, on peut consulter le livre de M. Becquerel, lequel a pour titre : *Traité du Bégaiement et des moyens de le guérir* (1 vol. in-8°, chez Fortin-Masson, Paris, 1843).

BLENNORRHAGIE (*Sur le traitement abortif de la) par les injections de nitrate d'argent à haute dose.* Nous avons rendu compte avec détail, il y a dix-huit mois, du mémoire intéressant que publia M. Debeney; nous avons fait connaître ses idées et sa pratique; nous avons même annoncé à cette époque les repugnances qu'auraient les praticiens à adopter cette méthode qui, nous devons le rappeler, consiste à combattre la blennorrhagie, dès le début comme à la fin, dans l'état aigu comme dans l'état chronique, par des injections caustiques avec 60, 70, 80 centigrammes de nitrate d'argent cristallisés par 30 grammes d'eau. Nos prévisions se sont réalisées, et c'est pour répondre à des réflexions, à des demandes de renseignements de quelques confrères, que M. Debeney publie une courte note supplémentaire qui n'ajoute rien de bien nouveau à ce qui a été publié sur ce sujet. (Voy. l'article du Répertoire, tome 23, page 225).

M. Debeney insiste sur ce point : c'est que pour avoir son efficacité, il faut que l'injection ait une action *caustique* sur la muqueuse du canal de l'urètre, et pour cela qu'elle soit mise en contact exact avec cette muqueuse. Or, cette condition peut manquer chez les sujets surtout qui ont le canal un peu large : alors, au lieu des phénomènes d'inflammation violente et temporaire, on a tout simplement une surexcitation qui persiste. Les choses se passent alors comme lorsqu'on emploie des doses inférieures. On a produit un effet excitant et non point l'effet caustique, ce qui est bien différent. Pour éviter cet inconvénient et produire à coup sûr l'espèce de cautérisation qu'il recherche, M. Debeney a adopté le procédé suivant : il pratique d'abord, à titre de lavage, une première injection avec la solution caustique, et il la laisse échapper immédiatement; puis il pousse de suite une seconde injection qu'il maintient dans le canal environ une minute. Il est bon que l'injection soit faite à quelque distance du repas, afin que le sujet n'ait pas à rendre son urine de quelques heures, car son émission est rendue difficile et douloureuse par le gonflement consécutif, et génerait aussi peut-être l'effet thérapeutique. Il est prudent que ce soit le médecin lui-même qui fasse l'injection et ne s'en fie pas au malade. Une précaution est recommandée à l'opérateur par M. Debeney, c'est de mettre des gants, pour que le liquide ne vienne pas noircir ses doigts. La dose de nitrate d'argent qu'il maintient comme la plus convenable, et par laquelle il débute, est celle de 60 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée. A chaque injection suivante il l'augmente de 10 centigrammes. Du reste, et il désire établir ce point très-nettement, il ne craint point des accidents en débutant par une dose plus élevée; il a employé l'injection jusqu'à la dose de un et deux grammes dès le début.

M. Debeney, en disant d'une manière générale qu'il pratiquait l'injection caustique à tous les degrés de la blennorrhagie, n'a voulu parler que des cas de phlegmasie de la membrane muqueuse; mais il ne l'emploie pas dans la blennorrhagie à complication phlegmoneuse, dite chaudepisse cordée, cas où l'inflammation s'est étendue aux tissus sous-jacents à la muqueuse; elle serait ici dangereuse. Les sangsues au périné, les émollients sont ici indiqués, et ce n'est que lorsque l'inflammation de la verge est réduite et que tout se borne à l'affection de la muqueuse, qu'il passe à l'injection caustique.

On a parlé d'orchites, de cystites amenées par l'injection caustique : M. Debeney ne peut admettre ces accidents comme possibles après toutes ses expérimentations qui n'ont amené

rien de semblable; et il maintient comme légitimes dans toute leur rigueur les conclusions suivantes qu'il a déduites de ses faits comme une formule: « L'injection caustique produit sur la membrane muqueuse de l'urètre un effet constamment le même à l'état sain et aux divers degrés de la phlegmasie: inflammation plus ou moins violente, plus ou moins vivement ressentie, suivant le degré de sensibilité des individus, et qui, complétement dissipée au bout de douze à vingt heures, ne laisse aucune trace, ni d'elle-même, ni de la phlogose sur laquelle elle a été développée. »

Nous avons analysé cette nouvelle note de M. Debeney sur une méthode hardie, énergique, qui n'est pas encore suffisamment jugée par l'expérience. Cependant quelques chirurgiens des hôpitaux de Paris, de Lyon et d'autres villes l'ont mise en usage. M. Diday, en analysant dernièrement le mémoire de M. Debeney dans la *Gazette médicale*, annonçait les résultats que lui avaient donnés ses expérimentations à l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon. Nous pouvons résumer en deux mots les effets observés par ce chirurgien dans les blennorrhagies traitées par des injections caustiques : innocuité du moyen; pas d'accidents par son emploi; mais efficacité thérapeutique plus que contestable; dans la plupart des cas, retour de l'écoulement. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, décembre 1843.)

CROUP (*Du*) *à la Martinique.* La médecine qu'on peut appeler géographique offre, sans contredit, un champ aussi vaste que nouveau aux observateurs de notre temps. Plusieurs essais dignes du plus grand intérêt ont été tentés en France depuis peu et ont été accueillis avec grande faveur. Dans les pays voisins, en Angleterre, en Allemagne surtout, on a déjà publié des traités volumineux sur ce sujet, presque ignorés en France où, comme nous le disions à l'instant, nous en sommes encore à la période des essais. Avec l'esprit sévère d'observation qui règit chez nous la science médicale à l'heure qu'il est, peut-être devons-nous nous féliciter d'aborder un peu plus tard ce sujet de recherches; très-probablement nous y gagnerons en exactitude ce que nous y perdons en priorité.

M. Rufz, praticien très-distingué de la Martinique, vient de publier une note intéressante sur le croup, tel qu'il se présente dans cette colonie. Les auteurs qui ont traité des maladies des Antilles, à l'exception de Maselay, n'ont pas parlé du croup. M. Rufz, en sept ans, l'a vu sept fois, et ne se bornant pas à cette simple assertion, il rapporte plusieurs observations qui ne laissent aucun doute à cet égard. Les six premiers cas ont paru se développer sous une véritable influence épidémique, car un grand nombre d'habitants étaient en même temps atteints de maux de gorge; le septième seul se développa sporadiquement. Une grande humidité était la circonstance météorologique notable au moment où régna la maladie. Quant à l'âge, il a varié entre 3 et 7 ans. Il y a deux filles et cinq garçons. A l'exception d'un seul de ces enfants qui était d'une bonne constitution, les autres étaient délicats et avaient toutes les apparences d'un tempérament lymphatique. Ils appartenaient tous à la classe aisée; tous étaient bien portants lorsqu'ils furent atteints de la maladie. Les cas eurent lieu également dans la saison chaude et dans la saison fraîche.

Tous les cas ont été précédés d'une angine simple, mais assez intense. Toujours la fausse membrane a été précédée, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, d'un mouvement fébrile très-considérable et nullement en rapport avec l'inflammation de la gorge. Cette fièvre persista pendant tout le cours de la maladie.

M. Rufz n'a vu d'épistaxis qu'une seule fois; trois fois il y eut coryza, donnant lieu à un écoulement très-fluide. Il lui a toujours semblé, en suivant le développement des symptômes, que la fausse membrane se formait de haut en bas, c'est-à-dire qu'elle commençait par les amygdales et la paroi postérieure du pharynx avant de s'étendre au larynx. Dans les six cas, un gonflement douloureux et assez notable existait dans les ganglions sous-maxillaires. M. Rufz n'a point noté si cet engorgement précédait la fausse membrane plus souvent que dans les autres angines La fausse membrane n'a donné lieu à aucune remarque particulière.

Quant aux autres symptômes du croup : voix éteinte, gêne de la respiration, facies du malade, anxiété des derniers moments; ils furent exactement les mêmes que l'auteur

les avait observés à l'hôpital des Enfants, à Paris. La durée de la maladie a varié de trois à huit jours.

L'autopsie fut faite dans trois cas; deux fois la fausse membrane s'arrêtait à l'origine de la trachée, une fois elle s'étendait jusque dans les dernières ramifications bronchiques qu'elle doublait comme une membrane surnuméraire.

Quant au traitement, tous les malades ont succombé. Les moyens thérapeutiques furent très-variés; mais celui qui a été expérimenté avec assez de persévérance, pour qu'on en puisse porter un jugement, est sans contredit le vomitif. Comme les habitudes du pays donnent du crédit à cette médication, on y a facilement recours, et chez tous les malades qui ont succombé, sept ou huit vomitifs, dès le premier ou le troisième jour, avaient été administrés. Dans ce nombre, il faut comprendre le vomitif Leroy, qui est la panacée des colonies; mais dans aucun cas ils n'ont suffi pour arrêter la marche de la maladie. M. Ruiz a pratiqué une fois la trachéotomie sans succès. Il croit qu'il faudrait cautériser très-hardiment, autant que faire se peut, avec du nitrate d'argent. (*Gaz. méd. de Paris*, décembre 1843.)

DYSSENTERIE (*De l'emploi du tamarin et de l'ipécacuanha dans le traitement de la*). Un médecin italien, M. le docteur Turelutti, a publié, il y a quelques mois, un mémoire sur la dyssenterie, où il fait connaître la méthode de traitement qui lui a admirablement réussi dans cette affection grave, soit qu'elle règne épidémiquement ou qu'elle soit sporadique. Ce traitement est fort simple; il consiste dans une décoction de tamarin dans laquelle on fait infuser de l'ipécacuanha; on prend de 60 à 90 grammes de tamarin qu'on fait bouillir dans 500 grammes d'eau, puis on y fait infuser de 1 gramme à 4 grammes d'ipécacuanha finement pulvérisé, et l'on en donne une cuillerée à bouche aux malades toutes les vingt minutes M. Turelutti a constamment observé, après l'usage de cette décoction, surtout quand elle était donnée dès l'origine de la maladie et même chez des sujets auxquels les saignées, les sangsues, l'opium, l'albumine, les laxatifs et les émollients avaient été administrés inutilement, que les déjections devenaient plus rares, que les douleurs se calmaient, que le malade pouvait prendre quelques liquides sans éprouver de ténesmes; que ce dernier symptôme diminuait, que les selles étaient moins sanguinolentes et se rapprochaient de leur caractère normal; que la fièvre se dissipait; que les urines, ordinairement supprimées, revenaient en abondance; que la transpiration se rétablissait. « J'ai vu guérir, par cette méthode, dit M. Turelutti, en quarante-huit heures et quelquefois en vingt-quatre, plus de deux cents dyssenteries épidémiques et plus de cinquante qui étaient sporadiques; je n'ai perdu qu'un seul malade auprès duquel je n'avais été appelé qu'au treizième jour de la maladie. Du reste, ajoute-t-il, de même que le quinquina ne guérit infailliblement que les fièvres intermittentes simples, de même aussi l'ipécacuanha et le tamarin ne sont des moyens héroïques que dans le cas de dyssenterie pure et légitime. » Voilà certes une assurance on ne peut pas plus catégorique en faveur de cette méthode de traitement. Doit-on prendre au pied de la lettre des promesses si magnifiques? Nous ne le pensons pas. Un seul mort sur deux cent cinquante dyssentériques! et encore pendant le règne d'une épidémie!... Quoi qu'il en soit, nous devons ajouter que, pour obtenir de bons résultats, notre confrère recommande d'étudier la tolérance de chaque malade. Il faut doubler les doses, les rapprocher, si les intervalles qui en séparent l'administration sont trop longs; les éloigner, s'ils sont trop courts, en tâchant d'entretenir le malade à l'état de nausée. Une chose très-utile, c'est de continuer encore pendant deux ou trois jours la décoction de tamarin jusqu'à cessation des selles sanguinolentes. (*Gior. per servire ai prog. delle pathol. et therap.* et *Archives de médecine*, décembre 1843.)

ENTROPION EN AFRIQUE (*Des causes et de la fréquence de l'*). L'entropion ou introversion des paupières est très-commun en Afrique, et cette fréquence est due à certaines conditions anatomiques propres aux indigènes de ce pays, aussi bien qu'à une forme de coiffure qui leur est particulière; c'est là du moins ce qui ressort d'un travail intéressant que vient de publier le docteur Furnari après un séjour de plusieurs mois dans notre colonie, et dont nous extrayons les passages les plus sail-

lants. — Chez les différents peuples qui habitent l'Algérie, la paupière supérieure est plus grande et plus longue de haut en bas que chez les Européens. C'est à cette disposition congéniale qu'il faut attribuer en partie la fréquence de l'entropion, surtout chez les juifs de la province de Constantine. Les cils et les sourcils sont longs, très-épais, noirs et arqués. Les femmes ont l'habitude de se teindre les sourcils avec un enduit fait de sucre brûlé mélangé d'huile et de fumée de charbon. Cet enduit en se séchant s'éraille, très-souvent de ses parcelles s'introduisent dans les yeux qu'elles enflamment; et les ophthalmies sont, comme chacun sait, une cause puissante d'entropion.

La disposition organique de la paupière supérieure produit l'entropion lorsque celle-ci, affaiblie et relâchée par les ophthalmies ou par l'âge, forme des plis à son bord libre, se renverse en dedans en se roulant sur elle-même. — La chute de la paupière est d'ailleurs favorisée par la coiffure et les mœurs du pays. La coiffure des indigènes, généralement lourde, compliquée et très-serrée, presse et comprime la peau de la tête et du front de haut en bas, et comme à la commissure des paupières les téguments ne trouvent plus d'obstacle, ils se retournent en dedans et produisent l'affection dont il s'agit. M. Furnari considère aussi comme une des causes de l'entropion la contraction habituelle des paupières; on sait que les indigènes sont habitués à les contracter fortement pour se préserver des rayons du soleil et de l'action de la poussière. Par cette contraction, les paupières conservent une tendance à se porter en dedans, contre le globe de l'œil. Cette remarque s'accorde avec celle de Weller, qui déjà avait observé cette fréquence de l'entropion chez les individus qui ont l'habitude de contracter fortement les paupières pour examiner pendant longtemps des objets fins.

L'auteur ajoute que la malpropreté et la mauvaise habitude qu'ont les indigènes de se couvrir fortement les yeux malades avec une masse de compresses et de mouchoirs souvent sales et grossiers, poussent les bords palpébraux en arrière, affaissent les cartilages tarses et produisent l'introversion des paupières et des cils. — Quant au traitement, M. Furnari a donné la préférence à la méthode de l'excision; il ajoute que quelques indigènes lui ont assuré que, dans les environs de Tunis, les naturels du pays guérissent l'entropion en faisant un pli à la peau des paupières, et en la traversant avec plusieurs soies de cochon qu'on noue sur le pli et qu'on serre jusqu'à ce qu'il y ait un ectropion. (*Gaz. méd. de Paris*, décembre 1843.)

ÉRYSIPÈLE (*Considérations pratiques sur l'*) *chez les enfants à la mamelle*. Dans le nombre considérable d'ouvrages modernes sur les maladies de l'enfance, on trouve peu de chose sur l'érysipèle des enfants. Underwood est peut-être le seul auteur qui ait assez exactement décrit les caractères spéciaux de cette maladie dans la première enfance, et surtout bien apprécié les circonstances épidémiques dans lesquelles elle se développe. Mais un travail plus complet sur ce sujet était à désirer, et cette tâche vient d'être heureusement remplie par M. le professeur Trousseau dans un mémoire dont nous allons présenter les faits principaux.

L'érysipèle dont il va être question n'affecte des caractères spéciaux que dans le cours des deux premières années; passé cette époque, il présente les formes habituelles de l'érysipèle de l'adulte. Il mérite une attention particulière autant à cause de sa marche singulière, qu'à cause surtout de son extrême gravité.

M. Trousseau pense que la distinction entre l'érysipèle de cause externe et l'érysipèle spontané est plutôt apparente que réelle. Presque dans tous les cas, dit-il, on peut trouver une cause du même genre que l'extension de l'inflammation vaccinale qui détermine quelquefois cette affection. Tantôt, en effet, les plis de la peau qui s'irritent et s'enflamment au cou, à l'aine, à l'aisselle, au poignet, au pénil, sont le point de départ de l'érysipèle. Tantôt l'irritation produite par l'urine sur les fesses, sur les bourses ou sur les grandes lèvres, sur les cuisses, s'exalte tout à coup, et l'érysipèle se développe avec une violence que rien ne peut réprimer. Cependant il arrive quelquefois que l'érysipèle se développe sans aucune lésion locale préalable, et c'est au pubis et dans la région sous-ombilicale de l'abdomen que cette forme s'observe. Mais encore, cette forme, M. Trousseau la

rapporte à l'inflammation et à la suppuration de l'ombilic, à la phlegmasie latente qui existe dans le tissu cellulaire avoisinant l'ombilic, trouvant là un rapport de similitude avec ce qui s'observe chez l'adulte, pour qui une inflammation légère des fosses nasales ou des oreilles est presque toujours la cause déterminante d'un érysipèle de la face.

La maladie débute ordinairement de la manière la plus simple et la plus bénigne, sans fièvre préalable, sans troubles généraux. Ce n'est d'abord qu'une inflammation locale et très-circonscrite de la peau, sans retentissement sur le reste de l'économie. Chez l'adulte, au contraire, la fièvre précède souvent et accompagne presque toujours le début de l'érysipèle. Cette bénignité extrême du début impose aux praticiens qui n'ont pas l'habitude de la maladie, et ils portent toujours un pronostic favorable qui, un peu plus tard, va être si cruellement démenti.

L'érysipèle, après avoir séjourné un jour ou deux dans le point qu'il avait primitivement envahi, prend tout à coup une marche plus rapide, et désormais va parcourir toute la surface du corps, en gagnant de proche en proche à la manière d'une nappe d'eau qui s'étend. Ainsi, parti du pubis, il gagne le ventre, les lombes, les fesses en même temps que les cuisses et les jambes. Du ventre il remonte à la poitrine, envahit les épaules, et de là descend, d'un côté sous le bras, de l'autre, peut remonter à la face et à la tête. Or, à mesure qu'il se généralise, il semble perdre quelque chose de son intensité inflammatoire, et la rougeur de la peau est notablement moindre. Il arrive quelquefois que l'érysipèle, parti du pubis, descend seulement vers les extrémités inférieures, où il semble devoir épuiser son action; déjà l'on croit être à la fin de la maladie, quand tout à coup le tronc est envahi à son tour, et l'inflammation gagne les parties supérieures. A mesure que le mal s'étend d'un côté, il abandonne la partie voisine, et il semble alors, au premier coup d'œil, que l'érysipèle soit multiple et se soit développé partout simultanément, mais ce n'est là qu'une apparence. Une fois généralisé, il reparaît alors par petits îlots répandus sur toute la surface du corps, lesquels deviennent à leur tour l'origine de nouveaux érysipèles. Aussi ne peut-on regarder un enfant comme guéri, que si déjà, depuis plusieurs jours, toute rougeur a complètement disparu.

Dès que l'inflammation cutanée occupe un espace plus étendu, la réaction devient quelquefois très-vive, et est caractérisée par une soif ardente, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau. D'autres fois, et cela dans les formes les plus graves, l'enfant continue de téter, c'est à peine s'il éprouve quelques troubles fonctionnels, à cela près d'un peu d'agitation et d'insomnie. Que la réaction ait été vive ou peu sensible, il arrive un moment où l'état général se confond dans une expression commune, dont la décoloration de la face est le caractère le plus capital, et qui tantôt survient très-rapidement, tantôt dans une période très-avancée; plus tard, agitation extrême, cris incessants, insomnie, dans quelques cas vomissements, diarrhée, et à la fin convulsions. Pouls ordinairement fréquent et d'une faiblesse extrême. M. Trousseau a vu une fois l'induration du tissu cellulaire succéder à l'érysipèle, et une autre fois celui-ci devenir phlegmoneux.

A l'autopsie, lésions diverses des bronches, des poumons ou de l'intestin, suivant les symptômes prédominants pendant la vie. Une fois, péritonite très-intense et analogue à celle des femmes qui succombent à la fièvre puerpérale.

M. Trousseau a vu varier la durée de l'érysipèle de quatre jours à cinq semaines.

Un fait sur lequel insiste beaucoup M. Trousseau, et qui résulte de son observation corroborée par celle de M. P. Dubois et de M. Moreau, c'est que l'épidémie puerpérale est à la fois la cause prédisposante la plus ordinaire et la condition d'aggravation de l'érysipèle. Il semble que la même influence qui frappe et tue les mères, s'appesantisse sur les enfants. Pendant une épidémie de fièvre puerpérale, l'érysipèle des nouveau-nés est presque constamment mortel; on en a vu de nombreuses preuves à la Maternité et à l'hôpital des Cliniques.

L'âge, dit M. Trousseau, exerce une influence immense sur le pronostic. Il n'a jamais vu guérir d'enfants âgés de moins d'un mois; il en a vu guérir plusieurs de trois mois à un an.

Le traitement ne semble avoir, d'après l'auteur, que bien peu d'influence sur l'issue de la maladie. Les

émollients, sous toutes les formes, ont été essayés sans succès. Les fomentations, les lotions, les bains, les pommades avec le sulfate de fer, ne lui ont pas réussi; il a essayé d'entourer tout le corps, tous les membres avec une bande de vésicatoires; l'érysipèle a franchi cet obstacle. Il a, sans succès, appliqué des vésicatoires sur les surfaces déjà envahies par l'inflammation. Il n'a retiré aucun avantage des pommades mercurielles et des bains de sublimé; enfin, en désespoir de cause, il a voulu user du cautère actuel, et la marche de la maladie n'en a pas paru modifiée. Il en a été de même de la compression méthodique.

M. Trousseau rapporte, à l'appui de ses remarques, sept observations dont cinq ont eu une terminaison fatale et dans lesquelles les traitements les plus variés ont été employés. En présence d'une si effroyable mortalité, M. Trousseau, on le sent bien, est très-réservé sur les conseils thérapeutiques qu'il peut donner. « Pourtant, dit-il, s'il m'était permis de faire connaître ici mes impressions, je dirais que les bains généraux, dans lesquels on mettrait 3 à 500 grammes d'alcool et 50 centigrammes à 1 gramme de sublimé, et de larges cataplasmes de mie de pain, auxquels on mêlerait un peu d'alcool, me sembleraient les meilleurs topiques. » Ce traitement a, en effet, été suivi avec succès sur le sujet de la sixième observation, mais un seul fait suffit-il pour faire partager l'opinion de M. Trousseau?

Toujours est-il que, sans vouloir conclure de ces faits à ce qui se passe ailleurs, on peut dire que l'érysipèle des enfants malades est très-grave à Paris, et que ce travail de M. Trousseau, dont nous avons essayé de donner une analyse fidèle, tiendra les praticiens en garde contre une affection aussi insidieuse, et qui pourrait compromettre la précision de leur pronostic. (*Journ. de méd.*, janvier 1844.)

FISTULE A L'ANUS *guérie par l'injection de la teinture d'iode.* Un chirurgien anglais, M. Charles Clay, a donné une extension nouvelle à l'emploi de la teinture d'iode dont les résultats dans l'hydrocèle et dans d'autres cas chirurgicaux sont connus de tous. Il l'a employée à obtenir, au moyen de l'inflammation, l'oblitération d'une fistule à l'anus. La première injection du liquide dans le trajet fistuleux fut suivie d'une douleur très-vive pendant quelques minutes et ensuite de démangeaisons qui durèrent deux ou trois heures. On répéta l'injection sept jours de suite, et au bout de ce temps, le canal de la fistule était parfaitement oblitéré et son ouverture extérieure entièrement fermée. Il importe, observe M. Clay, que le liquide parcoure toute la longueur du trajet fistuleux; pour cela, on y place une mèche de charpie qui doit arriver dans le rectum : on reconnaît que le liquide a bien pénétré, si la mèche se colore. Dans l'observation dont il s'agit, il fut impossible, à la troisième injection, de faire passer la mèche dans l'intestin, car l'orifice interne était déjà oblitéré. L'auteur pense qu'il faut se servir, pour les fistules, de teinture d'iode tout à fait pure, tandis que dans les cas d'hydrocèle, il est nécessaire d'ajouter une certaine quantité d'eau. (*Med. chirreview* et *Archiv. de médecine*, décembre 1843)

MAXILLAIRE INFÉRIEUR (*Désarticulation, par un procédé nouveau, de la branche de l'os*). Aux faits nombreux que nous avons publiés sur les maladies de la mâchoire inférieure, nous croyons utile d'ajouter le suivant, qui, au point de vue du manuel opératoire, a le mérite de la nouveauté. — Madame ..., âgée de 45 ans, portait une tumeur de la branche de la mâchoire inférieure dans le point que recouvre la glande parotide : cette tumeur, légèrement convexe et régulière, était de forme circulaire, elle avait un pouce et demi de largeur; à partir de l'arcade zygomatique, elle s'étendait en bas et en arrière vers l'apophyse mastoïde. Sa consistance était celle d'un os. La mâchoire ne pouvait être abaissée; les arcades dentaires se touchaient sans pouvoir être écartées : lorsqu'on parvenait à imprimer un léger mouvement, la tumeur suivait le corps de l'os. Elle faisait une forte saillie dans la bouche, mais elle ne dépassait pas en avant le niveau de la dent de sagesse. Le 25 juillet 1843, assisté de M. Goodsir, le docteur James Syme fit une incision verticale commençant à l'arcade zygomatique, et descendant le long du bord postérieur de la branche de la mâchoire, offrant une légère convexité tournée du côté de l'oreille, et se terminant un peu au-dessous de

la partie horizontale de l'os : le chirurgien disséqua la glande parotide et le masseter, la sépara de la mâchoire, puis fit un trait de scie sur cet os, derrière la dent de sagesse, et acheva la section avec de fortes pinces. Comme la branche de la mâchoire, après cette section, ne devenait pas mobile, l'opérateur trouva que la tumeur s'était etendue en arrière et en dedans, de manière à s'appuyer sur les apophyses styloïde et ptérygoïde. Pour la dégager, M. Syme saisit avec une forte pince (un davier), l'extrémité divisée de la branche de la mâchoire, et l'entraîna avec force en dehors, en divisant les attaches musculaires à mesure qu'elles se présentaient. Par ce moyen, la tumeur fut détachée et extraite entièrement; sa structure était fibro-cartilagineuse. — Ce procédé, ainsi que le remarque l'auteur, a l'avantage d'épargner la face et de lui conserver la régularité des traits. L'artère faciale ne fut pas intéressée, le masseter n'avait été détaché qu'en partie, ainsi que le ptérygoïdien interne; la muqueuse resta intacte, la cavité buccale ne fut donc pas ouverte. En conséquence, la malade n'éprouva aucun des inconvénients qui résultent de la division complète de la joue, tels que l'écoulement de sang et de la salive, et la difficulté de la déglutition. La mâchoire recouvra immédiatement sa mobilité, et la déglutition se fit sans difficulté. La malade n'éprouva non plus aucun des accidents qui résultent du déplacement latéral de la mâchoire par suite du défaut d'harmonie dans la contraction des muscles. La plaie se réunit presque entièrement par première intention. — Il résulte de ce fait que dans l'ablation des tumeurs de la branche de la mâchoire, il est possible de désarticuler cette branche, et de la réséquer sans pénétrer dans la cavité buccale; c'est une donnée importante qui ne doit pas être perdue pour la médecine opératoire. (*Expérience*, décembre 1843.)

PARALYSIE DE L'ANUS ET DU RECTUM (*Note sur la*) *dans la période adynamique des dyssenteries graves*. A l'occasion d'un fait rapporté par M. Bouenut, dans lequel il s'agissait d'un cas de dyssenterie aiguë avec la circonstance singulière de selles involontaires expliquées par un état de paralysie du sphincter de l'anus, d'où résultait la dilatation presque permanente de cet orifice, M. Pidoux vient de publier quelques faits intéressants et curieux au point de vue pratique. Dans le courant du mois d'octobre dernier, M. Pidoux eut occasion de voir, dans un village de l'Eure, quelques cas d'une dyssenterie épidémique qui exerçait de grands ravages. Deux sujets étaient arrivés à la dernière période de ce type adynamique, auquel paraîtrait appartenir l'espèce de mort partielle et anticipée qui frappe l'anus, le rectum, et remonte peut-être beaucoup plus haut dans le gros intestin. Voici une de ces observations.

Une petite fille âgée de neuf à dix ans, malade depuis moins de 17 jours, était plongée dans un état adynamique présentant la plus saisissante analogie avec celui de nos cholériques en 1832. Comme eux, elle avait les traits du visage effilés, les yeux excavés, les pommettes d'un rouge terne, la voix mince et écrasée, la peau des avant-bras et des mains cyanosée et refroidie. L'intelligence, quoique lente, était tout entière dans chacun des actes et dans chacune des paroles de la petite malade. L'artère radiale ne battait plus depuis 2 heures au moins; le ventre était excavé; on voyait de temps en temps les muscles de la face, ordinairement immobiles, se froncer tout à coup et se rapprocher comme douloureusement de la ligne médiane, puis un cri grêle et plaintif annonçait la sensation d'un reste de colique. Alors il s'échappait de l'anus, sans ténesme, et comme en bavant, une très-petite quantité de fluide ichoreux, d'une teinte grisâtre, d'une odeur putride et cadavéreuse, rappelant un peu néanmoins celle qui s'exhale quand on lève l'appareil d'une brûlure au troisième degré. Ces évacuations ne ressemblaient donc aux matières dyssentériques ni par l'odeur, ni par la couleur, ni par le mode d'excrétion. C'était la sanie à odeur forte, fournie par une plaie de mauvaise nature. E les étaient pourtant le produit de déjections alvines, car une colique intestinale en précédait toujours l'écoulement. La malade avait la langue plate et humide, quelques hoquets sans vomissements. Elle demandait à manger et on lui donnait de petites cuillerées de bouillon.

M. Pidoux la fit coucher sur le ventre, afin d'examiner l'état de la marge de l'anus, et pour voir si les matières

alvines auraient déterminé sur les parties avec lesquelles elles étaient en contact, des erythèmes ou des ulcerations, comme cela arrive dans les dyssenteries graves. Quel ne fut pas son étonnement en trouvant l'anus béant et présentant une ouverture exactement arrondie, d'un diamètre plus grand que celui d'une pièce de 20 sous! Mais cette dilatation n'était pas bornée au sphincter, elle s'étendait au delà, à une profondeur de 3 pouces au moins, toujours avec le même diamètre. Le contact de l'anus n'excitait pas la contraction de son anneau musculeux. Les coliques elles-mêmes ne ralentissaient pas jusque-là. En approchant une lumière de l'anus, l'œil plongeait très-facilement dans l'intestin et pouvait y apercevoir les désordres causés par la dyssenterie. Au-dessus du sphincter interne, la membrane muqueuse était d'un rouge cramoisi tirant sur le noir en quelques points, ailleurs, parsemée d'érosions et comme ratatinée. A la partie la plus reculée, et certainement à plus de 3 pouces de l'anus, on distinguait parfaitement deux taches, l'une tout à fait noire, qui n'était peut-être qu'une ecchymose, mais l'autre d'apparence gangréneuse, ayant assez bien l'aspect de l'eschare que produit la potasse caustique, c'est-à-dire disposée en manière de nuances concentriques, la plus extérieure d'un blanc sale, la moyenne d'une teinte grisâtre plus foncée, et l'interne ou centrale formant un point noir et rond de la grandeur d'une large lentille. Tous les moyens employés furent inutiles, la malade mourut douze heures après son agonie.

Si ce fait, ajoute M. Pidoux, était, dans la dyssenterie adynamique, un phénomène étrange et contradictoire avec l'anatomie et la physiologie pathologiques de cette affection, on pourrait le regarder comme une pure coïncidence, ou comme une anomalie plus curieuse qu'intéressante en médecine. Mais, n'observât-on qu'une seule fois ce phénomène dans la dyssenterie adynamique, on pourrait prévoir qu'il n'y est pas fortuit et qu'on l'y rencontrera de nouveau; de sorte que la valeur scientifique de ce fait, quoique unique, sera tout entière dans son idee et nullement dans la fréquence, celle-ci ne pouvant acquérir une importance scientifique que par le sens que lui prête la première. Or, on peut très-bien rattacher ce phénomène à la nature et à la marche des dyssenteries graves. L'observation nécroscopique montre que c'est la fin du gros intestin et surtout le rectum qui sont le siége principal et initial de la phlegmasie. On peut donc dire que, dans les dyssenteries très-graves, le rectum est déjà mort, en quelque sorte, lorsque la maladie est encore en pleine activité dans les portions supérieures du gros intestin. (*Journal de Médecine*, décembre 1843.)

PARALYSIE RHUMATISMALE (*De l'emploi de la vératrine contre la*). La vératrine est un médicament fort peu usité à cause de la violence de son action. C'est un principe que l'on trouve, comme on sait, dans la plupart des plantes de la famille des colchicées; elle a été administrée à l'intérieur dans les constipations opiniâtres chez les vieillards par suite d'engourdissement ou de paralysie du canal intestinal, à la dose de 1/6 ou de 1/4 de grain en pilules; elle donne lieu à des selles promptes, répétées et abondantes. Son emploi à l'extérieur a été plus fréquent; on l'a appliquée ainsi avec succès au traitement des névralgies, et l'on peut lire à cet égard deux excellents mémoires dans le *Bulletin*, l'un de M. Florent Cunier, t. XIV, p. 8; le second, du docteur Turnbull, t. XII, p. 218. — La vératrine a été enfin employée dans les affections rhumatismales et goutteuses; M. Magendie, et après lui M. Turnbull, lui ont reconnu de bons effets dans ces cas. C'est probablement par suite des observations publiées par ces médecins que M. le docteur Knapp, de Berlin, a eu la pensée de recourir à la vératrine dans un cas de paralysie partielle du bras de nature rhumatismale. Voici le fait dans ses principales circonstances. A la suite d'un refroidissement, une petite fille âgée de onze ans fut atteinte d'une paralysie du bras droit; cette maladie datait déjà d'un mois lorsqu'elle fut admise à l'hôpital de la Charité de Berlin. Deux ans auparavant, elle avait été prise d'une affection semblable qui avait duré deux mois. L'épaule droite était un peu plus basse que la gauche; les mouvements du bras, de ce côté, s'exécutaient péniblement et lentement, de sorte que la main ne pouvait servir à porter les aliments à la bouche. Cette enfant était forte et bien portante. L'usage des bains chauds et d'un vésicatoire

à l'épaule malade ne produisirent aucun effet. On fit sécher le vésicatoire et l'on commença l'usage de la vératrine à l'extérieur d'après la formule suivante qui est à peu près celle de M. Magendie :

Vératrine....... 25 centigramm.
Axonge......... 30 grammes.

Faites une pommade parfaitement homogène.

Cette pommade fut employée en frictions sur le bras deux fois par jour pendant un quart d'heure chaque fois avec gros comme un haricot du médicament. Ces frictions déterminèrent dans le bras malade une sensation analogue à celles de piqûres d'épingles; la première agit même avec une telle force que la petite fille en pleura. L'auteur ne parle pas si la petite fille a eu des nausées et des vomissements, accidents qui sont communs pendant l'administration de la vératrine même à l'extérieur. Après trois semaines de ce traitement, la paralysie avait cédé, le bras avait recouvré complètement ses facultés motrices; la jeune fille quitta l'hôpital entièrement guérie — Nous avons dû rapporter ce fait, parce que le même moyen peut être employé dans des cas de même nature, où d'autres frictions irritantes ou toniques, telles qu'avec le liniment ammoniacal camphré, le baume Opodeldoch, etc., n'auraient pas réussi. L'on comprend que nous pouvons même être en doute si, dans le cas présent, les mêmes moyens n'auraient pas suffi. (*Rust's Magazin*, 1843.)

PHLEGMON DIFFUS (*De la réunion immédiate des incisions pratiquées sur le foyer de suppuration dans le*). Le traitement du phlegmon diffus par les larges incisions faites soit avant, soit pendant la période de suppuration, a été surtout préconisé par M Jobert, chirurgien de l'hôpital St.-Louis, qui paraît en avoir obtenu des résultats primitifs fort avantageux; c'est en effet un moyen assuré de faire cesser l'etranglement inflammatoire des parties molles profondément situées, et d'extraire les lambeaux de tissu cellulaire mortifié, dont le séjour pourrait devenir une cause permanente d'irritation; sous ce double rapport la méthode ne nous semble pas attaquable. — Quant aux accidents consécutifs de ce traitement, tels que la len eur que mettent à se cicatriser ces longues incisions et surtout la difformité qu'elles occasionnent il est certain qu'on ne peut les nier; ils n'ont pas échappé d'ailleurs à la sagacité de M. Jobert, qui, pour y obvier, propose de rapprocher, immédiatement après que l'extraction des matières sphacélées et puantes a eu lieu, les bords des incisions, afin d'en obtenir la réunion par première intention: on aurait ainsi tous les avantages de la méthode du débridement, sans en avoir les inconvénients; il est d'ailleurs entendu qu'une ou plusieurs ouvertures convenablement situées, doivent être laissées pour le libre écoulement du pus. — L'observation suivante, publiée par M. le docteur Laborie, fera mieux connaître et apprécier les vues chirurgicales de l'auteur. Le 8 juillet dernier, un homme âgé de quarante-trois ans eut la première phalange du gros orteil fracturée par une pièce de vin qui roula sur son pied; malgré un traitement antiphlogistique sévère, il se forma plusieurs abcès, tant sur le dos du pied que sur la partie inférieure de la jambe; quelques incisions évacuèrent la matière purulente. Bientôt quelques symptômes généraux se manifestèrent, et, avec eux, plusieurs traînées rougeâtres apparurent sur le trajet des lymphatiques de la jambe: des frictions avec la pommade au nitrate d'argent parurent enrayer cette phlegmasie à son début. Quinze jours après, le malade se plaint de nouveau; M. Jobert reconnut alors une fluctuation qui occupait la face externe du membre dans toute son étendue. Il est présumable que la détuméfaction consécutive à l'emploi de la pommade au nitrate d'argent se rattachait à une sécrétion du pus. Comment expliquer autrement la formation d'un aussi vaste foyer qui serait survenu d'une manière aussi inopinée? Quoi qu'il en soit, le chirurgien pratiqua une longue incision de 17 centimètres de longueur, et donna issue à une énorme quantité de pus et à des débris de tissu cellulaire mortifié. Par le toucher on reconnut qu'il existait un vaste décollement de la peau de toute la moitié externe du membre.

Les muscles de la couche superficielle ayant été disséqués, M. Jobert réunit immédiatement la plaie résultant de l'incision, espérant ainsi obtenir plus facilement le recollement des parties altérées. Pour cela il se servit de bandelettes aggluti-

natives, ayant soin de laisser un espace non réuni en regard du point où vint se terminer une incision transversale qu'il lit tomber à angle droit derrière, en avant sur l'incision longitudinale, voulant ainsi assurer l'issue de la matière purulente. On pansa mollement avec de la charpie, et une bande médiocrement serrée. Quatre jours après, on leva l'appareil contentif et on constata que dans toute son étendue la plaie longitudinale était parfaitement réunie : les tissus s'étaient recollés dans toute l'etendue du foyer. La même compression fut maintenue pendant quelques jours encore, et la guérison du foyer devint définitive. Pendant une quinzaine de jours la plaie transversale laissa s'écouler du pus séreux ; elle prit ensuite un bon aspect et se cicatrisa. M. Jobert a appliqué cette méthode à d'autres malades, et il a eu également à s'en louer. (*Gaz. des Hôpitaux*, décembre 1843.)

PRURIT DE LA VULVE (*De l'emploi du borate de soude dans le traitement du*). Les démangeaisons des parties extérieures de la génération chez la femme constituent une affection des plus désagréables et des plus rebelles ; que le prurit se complique ou non de leucorrhée, il n'est pas rare de le voir résister des mois entiers malgré les bains émollients, gélatineux, sulfureux, narcotiques ; malgré les lotions belladonées, malgré la cautérisation. Il est donc de notre devoir de mentionner un nouveau moyen que M. le docteur Pitschaft de Bade recommande comme lui ayant servi à combattre victorieusement le prurit de la vulve avec etat congestif du système sexuel. Le remède consiste dans une solution de 4 à 8 grammes de borate de soude dissous dans un litre d'eau ; on en fait des applications extérieures et des injections plusieurs fois par jour en affaiblissant le liquide s'il produit une trop forte excitation. — Nous n'avons pas eu encore l'occasion d'employer ce moyen que nous trouvons indiqué dans le *Hufetand's journal* ; aussi recommandons-nous plus d'attention dans la mise en œuvre de l'indication que nous fournissons. Mais un remède qui, dans nos mains comme dans celles d'un grand nombre de praticiens, a eu le meilleur résultat pour dissiper le prurit de la vulve, c'est le sous-carbonate de potasse. On fait une solution saturée de sous-carbonate de potasse, et on en verse, dans un vase contenant environ un litre d'eau chaude, une et jusqu'à quatre cuillerées à café, en augmentant successivement la quantité jusqu'à ce que la malade éprouve de la cuisson en faisant des lotions. On se sert également du même liquide en injections répétées de deux à quatre fois par jour, suivant l'intensité du cas. Le plus souvent les démangeaisons sont enlevées du quatrième au dixième jour, mais il est essentiel de continuer les lotions au moins quinze jours après la cessation de tous les symptômes.

THÉOBROMINE (*Incorporation de la) au chocolat*. La théobromine est une substance organique récemment extraite des semences du cacao, par M. A Woskreuski. Jusqu'ici la caféine était, de toutes les substances végétales connues, celle qui contenait le plus d'azote ; aujourd'hui, c'est la théobromine. Par une heureuse incorporation de cette substance, éminemment azotée et assimilable, un habile chimiste, M. Boutigny d'Evreux, a obtenu un chocolat qui possède les avantages des chocolats analeptiques, dont l'usage est répandu, sans en avoir les désagréments. De plus, en combinant à ce chocolat des médicaments divers, il a su l'approprier à la cure et au traitement d'une foule d'états pathologiques. C'est ainsi qu'il prépare du chocolat au kermès, à l'azotate d'ammoniaque, au calomel, et, à la demande de M. Desruelles, professeur au Val-de-Grâce, à l'iodure de potassium. Mais l'un des chocolats médicamenteux les plus utiles qu'ait faits M. Boutigny, est celui qu'il appelle antiasthénique, et qui contient, en petite quantité, des substances martiales et alcalines. Ce chocolat a été experimenté à l'Hôtel-Dieu annexe, dans les salles de M. Legroux. Il a produit les meilleurs effets dans la chlorose, dans la convalescence des maladies graves et longues, dans les atonies du canal digestif. M. le docteur Delasiauve en cite trois observations et mentionne, en outre, quatre de ses malades profondément debilités, qui ont dû le rétablissement de leur santé à ce simple moyen. Ce chocolat antiasthénique convient dans les dyspepsies, soit idiopathiques, soit symptomatiques, dans l'atonie de l'organe de la digestion,

la chlorose et les diverses affections qui en dérivent, dans tous les cas enfin où les toniques sont indiqués. (*Revue médicale*, novembre 1843.)

TRACHÉOTOMIE (*de la*) *dans la période extrême du croup*. L'observation que M. Scoutetten vient de lire devant l'Académie des sciences offre de l'intérêt à plus d'un titre. D'abord c'est un des premiers cas de trachéotomie pratiquée avec succès pour le croup, et nous sommes étonné que l'auteur ait tant tardé à le faire connaître. Ensuite, c'est incontestablement le premier cas connu de trachéotomie pratiquée sur un enfant aussi jeune, car il n'avait que six semaines. Enfin, nous ne croyons pas qu'il existe dans la science un autre fait d'un père pratiquant lui-même cette grave opération sur son enfant. Par toutes ces considérations, nous allons reproduire les incidents principaux de ce petit drame chirurgical. D'ailleurs cette observation peut servir à montrer aux praticiens les étonnantes ressources de la nature dans le jeune âge.

Sophie Scoutetten, née le 10 décembre 1839, était un enfant fort et bien constitué. Le 12 janvier 1840, l'enfant venait d'être lavée dans une chambre chaude, lorsque, étant nue, elle fut exposée à un courant d'air froid. Dans la nuit suivante, vers trois heures du matin, elle s'éveille, s'agite, et présente tous les signes d'une irritation vive des voies aériennes. Ces accidents, combattus par des moyens simples, parurent céder; mais ils revinrent bientôt en s'aggravant. Après quelques alternatives de mieux et de mal, les accidents prirent le lendemain un haut degré de gravité. « Dès ce moment, dit l'auteur, la mort parut imminente; la face et les lèvres étaient complétement décolorées, les muscles relâchés, la respiration très-faible, les extrémités froides. En présence de ce danger, j'applique ma bouche contre celle de l'enfant, et j'insuffle avec force un peu d'air dans les poumons. Après quelques secondes, la vie se ranime, le pouls reparaît, l'enfant entr'ouvre les paupières. Cet heureux changement fut de courte durée; les accidents reparurent avec la cessation des insufflations. Ce premier moyen étant insuffisant, je me décidai à introduire dans le larynx une sonde de gomme élastique; elle amena d'abord l'effet désiré, mais elle ne tarda pas à provoquer la toux, le vomissement et des spasmes; il fallut y renoncer. Des médecins appelés en consultation décidèrent que le mal était au-dessus des ressources de la science, et que l'opération serait complétement inutile. Je ne partageai pas cet avis, et je répondis : Si la mort est certaine, l'opération ne peut pas aggraver le mal; si, au contraire, il n'y a qu'asphyxie, sans désordre profond dans les organes, qui peut prévoir les résultats de l'introduction de l'air dans les poumons? J'insistai donc pour que l'opération fût faite immédiatement. Mes confrères, malheureusement, n'ayant pas l'habitude de l'instrument, me déclarèrent avec regret qu'ils ne pouvaient pas se rendre à mes désirs.

« Dans cette douloureuse position, l'hésitation devenait mortelle, il fallait agir ou perdre tout espoir; je me résignai, et ma main s'arma du bistouri!... »

La position déplorable de la petite malade exigea plusieurs fois que l'opération fût suspendue, pour pouvoir insuffler de l'air dans les poumons. Enfin la trachée-artère fut ouverte, et après une série d'accidents redoutables, dont nous supprimons la description, une sonde élastique du nº 6 fut introduite dans la trachée-artère. Dans la journée, cette sonde fut remplacée par une canule en argent. Des accidents très-compliqués survinrent; enfin, le dixième jour après l'opération, l'instrument fut enlevé définitivement, et la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation.

Depuis cette époque, l'enfant a joui d'une bonne santé; le timbre de la voix n'est point altéré, et il ne reste de tant de souffrances et d'accidents redoutables qu'une cicatrice à la partie moyenne et antérieure du cou. (*Compte-rendu de l'Acad. des sciences*, janvier, 1844.)

ULCÉRATION DE LA CORNÉE (*Du danger de l'emploi de quelques collyres mal formulés ou mal préparés dans les cas d'*). M. Florent Cunier a déjà appelé l'attention sur les résultats fâcheux qu'entraîne l'habitude de joindre toujours le laudanum ou l'opium aux solutions des sels métalliques de plomb, de zinc, de cuivre, d'argent. Il se forme alors, a-t-il dit, d'une part, un sulfate, un carbonate, un nitrate, etc. de morphine, qui reste dissous dans l'eau; d'autre part, un méconate in-

soluble de zinc, de cuivre, de plomb, d'argent, etc. qui se précipite au fond de la fiole. Celle-ci est agitée avant les instillations; le méconate mis en suspension vient en contact avec l'œil, et s'il existe une ulcération de la cornée, il se fixe dans cette membrane. Ainsi sont formés de toutes pièces un grand nombre de nuages, de prétendus albugos contre lesquels échouent les ressources ordinaires de la thérapeutique, et qui réclament l'abrasion. M. Cunier vient aujourd'hui corroborer cette opinion par un fait très-remarquable, dont nous devons à nos lecteurs les circonstances principales.

Un gentilhomme anglais, en voulant ouvrir un flacon d'ammoniaque, fit jaillir quelques gouttes de ce liquide dans l'œil. Un médecin appelé sur-le-champ prescrivit des fomentations froides, et. les douleurs devenant plus violentes vers le soir, un collyre saturnin opiacé. Ce traitement ne produisit aucune amélioration, pas plus qu'une application de sangsues, que le calomel à l'intérieur poussé jusqu'à la salivation. Le malade consulta successivement plusieurs médecins de Londres qui diagnostiquèrent un albugo suite de brûlure, et qui lui firent subir, sans succès aucun, les traitements les plus variés. La maladie durait depuis trois ans, lorsque le malade vint consulter M. Cunier, qui le trouva dans l'état suivant: les paupières de l'œil gauche sont spasmodiquement fermées; lorsque M. Cunier cherche à les écarter, d'abondantes larmes jaillissent et viennent inonder la joue; le malade jette brusquement la tête en arrière, se lève de son siége, se promène à grands pas dans le cabinet, se livre à des contorsions de toute espèce, ouvre et ferme alternativement les paupières, contracte violemment les muscles de la face du côté souffrant, comme le font les malades chez lesquels des corps étrangers, introduits dans l'œil, déterminent de fortes douleurs. Après quelques minutes, il se rassied et M. Cunier parvient à ouvrir l'œil. La conjonctive oculaire est fortement injectée; la cornée offre, dans un tiers de son étendue, un aspect d'un blanc jaunâtre luisant; à cette partie aboutissent huit ou dix gros vaisseaux, dont le cours paraît s'interrompre brusquement. La face interne de la paupière inférieure présente deux ou trois petits points de la même couleur que la tache de la cornée.

M. Cunier, après plusieurs examens prolongés, après avoir acquis la certitude que le premier collyre employé était saturnin et opiacé, diagnostiqua une incrustation de plomb dans la cornée et proposa l'abrasion. Après beaucoup d'hésitation et plusieurs consultations, le malade accepta l'opération, que M. Cunier pratiqua de la manière suivante.

Le malade fut placé dans un fauteuil à bras, la tête reposant contre le dossier. Placé derrière, l'opérateur appliqua un blépharostat. La conjonctive ayant été saisie en bas et en dehors, à deux lignes de la cornée, avec des pinces à dents de rat, tenues de la main gauche, il attira de quelques lignes en bas le globe, dont il maîtrisa ainsi les mouvements. Prenant alors de la main droite la rugine, il porta le plein de cet instrument sous le bord inférieur et externe de l'incrustation, agissant ainsi de bas en haut. La fausse membrane qui la recouvrait n'offrit aucune résistance, et la plaque centrale se détacha d'une seule pièce.

Cette opération, aidée de soins convenables, a eu le plus heureux succès. Le malade, qui depuis trois ans avait perdu l'usage de cet œil, et qui croyait la vision complétement abolie, qui avait enduré des souffrances atroces, y voit aussi bien du côté opéré que de l'autre. M. Cunier a eu plusieurs fois de ses nouvelles depuis qu'il est revenu en Angleterre; la guérison s'est parfaitement maintenue.

Depuis cette époque (mars 1842), M. Cunier a eu plusieurs fois occasion de pratiquer l'abrasion d'incrustations cornéennes. Sur 19 cas, les collyres dont les malades s'étaient servis étaient composés d'un sel de plomb, ou de zinc, ou de cuivre, additionnés ou non d'opium. — C'est donc un véritable service que M. Cunier rend à la pratique oculistique en signalant les dangers et les inconvénients des collyres généralement employés pour remédier aux ulcérations de la cornée. Il paraît incontestable que les préparations d'opium unies à ces solutions métalliques peuvent produire des incrustations, dont le diagnostic n'est possible que lorsqu'on est prévenu des phénomènes sur lesquels M. Cunier vient, avec juste raison, d'appeler l'attention. (*Annales d'oculistique*, décembre 1843.)

URÈTRE CHEZ LA FEMME (*Observations d'excroissance fongueuse de l'*). — Déjà, avant M. Du Camin, plusieurs observateurs, parmi lesquels se placent MM. Roux, Larcher et Rufz, avaient décrit sous la même dénomination certaines petites tumeurs charnues, occupant soit le pourtour du méat urinaire chez la femme, soit l'intérieur même de l'urètre, à une profondeur variable. Dans le Répertoire de notre numéro de décembre dernier, nous avons rapporté plusieurs exemples de polypes urétraux qui pourront être utilement rapprochés des faits suivants, avec lesquels on aurait tort de les confondre. — *Obs.* I. — Une femme, âgée de vingt ans, mariée, souffrait dès longtemps de vives douleurs en urinant, douleurs qui devenaient une véritable torture lorsqu'elle se tenait debout longtemps ou qu'elle marchait. Le coït réveillait également des douleurs intolérables. En examinant les parties génitales, M. Du Camin aperçut une excroissance, rouge comme une fraise, qui sortait de l'urètre. Le plus léger contact exercé sur elle la faisait horriblement souffrir. Pour reconnaître le point d'implantation de cette tumeur, le chirurgien conduisit un fil d'or, courbé en anse, dans l'urètre, le plaça autour de la tumeur; puis il en engagea les extrémités dans une canule à polype. En faisant ensuite avancer celle-ci, la base du polype se trouva embrassée et serrée : ce procédé, en même temps qu'il suspendit la vie dans la tumeur, permit de constater qu'elle naissait de la paroi postérieure de l'urètre, à 2 lignes environ de profondeur; au bout d'une demi-heure, la fongosité tomba, et on cautérisa la plaie avec le nitrate d'argent. La malade se trouva immédiatement délivrée de ses souffrances : cependant, six semaines après, le mal était revenu au même point. M. Du Camin enleva de nouveau la tumeur d'un coup de ciseaux courbes, et en cautérisa la base plus fortement que la première fois. La récidive ayant encore eu lieu malgré cette précaution, il fit de nouveau suivre la rescision d'une cautérisation, mais faite avec un bouton de fer rougi à blanc. Cette fois, la maladie céda définitivement. — Dans la seconde observation, la malade n'ayant voulu se soumettre qu'à la ligature, l'excroissance ne put, malgré deux opérations successives, être complétement détruite, et il n'y eut qu'un demi-soulagement. — La troisième femme présentait les mêmes symptômes : la ligature, suivie de la cautérisation avec le fer rouge, procura une guérison immédiate et radicale. Comme chez les deux précédentes, la tumeur naissait de la paroi postérieure de l'urètre. — En réfléchissant bien aux caractères anatomiques de ces tumeurs, on se demande si elles ne seraient pas de la même nature que les polypes celluloso vasculaires, si communs à l'orifice du col utérin et dans sa cavité, et si, en définitive, il ne serait pas plus rationnel de les ranger parmi les polypes de l'urètre que d'en faire une espèce de tumeurs à part: n'ont-ils pas des symptômes communs, et le même traitement ne leur est-il pas applicable? (*Gazet. médicale*, décembre 1843.)

VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES (*De l'emploi des pilules de créosote contre les*). Voici un nouveau moyen proposé contre cet état pénible et quelquefois sérieux qui accompagne la grossesse chez un assez grand nombre de femmes. On en voit en effet quelques-unes arriver par suite des vomissements incessants dont elles sont tourmentées, à un état de maigreur et de faiblesse extrême par suite du défaut d'alimentation ou plutôt de nutrition. Il est donc de la plus haute importance d'avoir à sa disposition un moyen de modérer ou d'arrêter les vomissements dans ces cas. M. le docteur Pitsbaft vante les pilules suivantes pour arriver à ce résultat. Après de nombreuses applications, il les présente comme un véritable spécifique contre les vomissements des femmes enceintes: il y a certainement exagération dans la valeur attribuée à ce remède dont voici la formule :

Créosote............	15 centigr.
Poudre de jusquiame	q. s.
Eau distillée.........	q. s.

Faites une masse bien homogène que vous diviserez en 9 pilules qui devront peser environ 10 centigrammes chacune et qui devront être argentées. On en fait prendre trois par jour : le matin, à midi et le soir.

L'expérience pourra seule établir pour les praticiens les propriétés de ces pilules; ils peuvent les essayer. Mais un autre moyen que nous pouvons leur recommander avec plus de confiance dans ces cas, car nous nous en

sommes servi avec avantage, est celui que nous avons publié il y a douze ans (tom. III, p. 134), et que néanmoins quelques journaux de médecine présentaient naguère comme une nouveauté : nous voulons parler de la formule d'une liqueur par le docteur Pigeaux, que voici :

Alcool à 32°.	90 gramm.
Eau distillée de laurier-cerise.	8 gramm.
Eau pure.	120 gramm.
Sucre.	60 gramm.

Cette liqueur nous a très-souvent réussi, et encore cette semaine nous l'avons ordonnée avec succès. — Quand les vomissements prennent le matin à jeun, nous faisons tremper une ou deux bouchées de pain dans cette liqueur, et cela suffit pour enlever le plus souvent le malaise et les nausées; quand c'est après manger que les accidents surviennent, nous faisons prendre après chaque repas une cuillerée à bouche du remède, qui est fort agréable, et nous en portons la dose jusqu'à la valeur d'un petit verre à liqueur ordinaire.

VARIÉTÉS.

Maison des morts, à Francfort. — Il a été fondé en 1828, à Francfort, par la régence de cette ville, une maison mortuaire qui est sous la surveillance de l'inspecteur du cimetière. Elle a pour but de prévenir les inhumations précipitées et de recevoir les cadavres dont la présence serait gênante ou nuisible dans les demeures étroites ou mal aérées. Voici les dispositions de cet établissement.

Des cellules se terminant supérieurement en coupoles à compartiments mobiles, afin de laisser échapper les gaz, recevant le jour d'en haut, pouvant au besoin être chauffées, bien ventilées, et n'offrant jamais, même en été, la moindre mauvaise odeur, sont disposées de manière que de la chambre de garde on a vue sur toutes. Chaque cellule ne peut renfermer qu'un seul cadavre, qui est déposé sur une couchette supportée par des roulettes, et arrangée de manière à ce que le parquet ne puisse jamais être sali par les écoulements résultant de la décomposition cadavérique. On attend que les signes de la mort réelle, la putréfaction, soient établis pour procéder à l'inhumation. Et afin de pouvoir porter secours en temps utile en cas de mort apparente, on attache à chaque doigt des cadavres étendus sur ces couchettes une espèce de dé de forme conique; ceux-ci sont réunis par leur sommet à l'aide d'un cordon qui est attaché par l'autre extrémité à la chambre de garde, et dont la moindre agitation met en mouvement une cloche suspendue au-dessus de la fenêtre de la cellule, et donne l'éveil au garde. Une chambre dite *de la Résurrection*, située à côté de celle où se tiennent les gardes, est fournie de couchettes, d'une baignoire, d'une caisse de médicaments et de tous les objets nécessaires pour porter secours à l'individu chez qui la vie, au lieu d'être éteinte, n'aurait été que suspendue; et dans ce cas l'inspecteur en donnerait immédiatement avis au médecin qui a administré les derniers soins au malade, et au médecin

de district. Une horloge d'un mécanisme fort simple, placée dans la chambre de garde, permet de s'assurer que les gardes font régulièrement leur service et ne s'endorment pas pendant la nuit. Un règlement sévère assure le service intérieur de la maison mortuaire, dirigé par l'inspecteur du cimetière, lequel est obligé, pour constater ses connaissances en médecine et en chirurgie, de subir un examen devant la commission sanitaire. Le transport des cadavres à la maison mortuaire n'est point obligatoire ; il suffit, pour les y faire admettre, que le médecin délivre un billet de transport, mais seulement vingt-quatre heures après le décès. Dans le cas où les intéressés ne désirent pas faire transporter le décédé à la maison mortuaire, il ne peut être procédé à l'inhumation que soixante-douze heures après la mort, et sur la déclaration expresse d'un médecin que le cadavre présente des signes de putréfaction. Pour tous ceux qui sont déposés dans la maison mortuaire, il n'est fait aucune distinction de rang ni de fortune : les mêmes soins sont donnés à tous indistinctement.

Moyen de remplacer la céruse dans les arts. — Ce serait un grand bienfait si l'on pouvait éviter toutes les maladies que le plomb occasionne. Un industriel d'un grand talent, M. Ruolz, auquel l'hygiène doit déjà un immense service, puisque, par ses nouveaux procédés de dorure, il a enlevé les dangers qu'occasionnait le mercure, M. Ruolz s'est livré à des essais nombreux pour obtenir une substance ne contenant pas de plomb et remplaçant la céruse dans ses usages industriels. Sur le nombre des combinaisons blanches qu'il a obtenues, deux seulement ont réuni les conditions d'emploi utile, d'économie et de salubrité. La première était un produit qui, bien qu'inoffensif, aurait pu, dans des mains criminelles, reprendre, à l'aide d'actions chimiques très-simples, ses qualités vénéneuses. Cette considération a déterminé M. Ruolz à renoncer à ce résultat d'un long travail. Poursuivant ses recherches, il s'est arrêté à l'oxyde d'antimoine (fleurs argentines). Cette préparation, selon lui, réunit tous les avantages du bon marché, de l'innocuité, et, sous tous les rapports industriels, peut remplacer le blanc de céruse. Si ce succédané de la céruse a les avantages que lui reconnaît l'inventeur et est adopté dans les arts, ce sera un grand bien, car dans l'année 1841, le seul département de la Seine a fourni 302 individus atteints de maladies saturnines, dont 69 peintres et 233 cérusiers. Sur ce nombre, douze sont morts.

— Le concours pour la chaire de physique médicale vacante à la Faculté de médecine de Paris par la démission du professeur Pelletan est terminé ; c'est M. Gavarret qui a été nommé.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

REMARQUES PRATIQUES SUR LES ABCÈS ET LES ENGORGEMENTS CHRONIQUES DE LA FOSSE ILIAQUE.

La théorie des métastases laiteuses, qui pendant plusieurs siècles a joué un si grand rôle dans l'interprétation des phénomènes morbides observés chez la femme, a été jusqu'à ce jour un obstacle à ce qu'on saisît le caractère réel de la maladie dont nous nous proposons de nous occuper aujourd'hui au point de vue exclusif de la pratique. Il était bien simple de concevoir cependant que le tissu cellulaire du bassin, situé en dehors de la cavité péritonéale, et dans lequel plongent différents organes, était susceptible d'être frappé de phlegmasie, aussi bien que celui qui se rencontre dans toute autre région de l'organisme. Chez les femmes en particulier, on pouvait comprendre facilement que l'accouchement, même naturel, après les nombreuses imprudences qui suivent si souvent cet acte physiologique, devait parfois au moins laisser dans l'utérus ou dans les annexes de cet organe des dispositions morbides qui pouvaient se propager sourdement au tissu cellulaire de l'excavation pelvienne : ces conceptions, nous le répétons, étaient simples ; elles ne supposaient que la répétition, dans une cavité inaccessible à l'inspection directe, d'un travail morbide qui chaque jour naît, se développe, marche sous les yeux de tous. Mais cette simplicité même empêchait que l'esprit ne s'y arrêtât. La péritonite même qui survient dans de semblables conditions, et qui à son début au moins se traduit par une réaction si franche, si tranchée, fut longtemps considérée comme un simple fait de métastase laiteuse. La suspension de la sécrétion mammaire coïncidant avec le développement des phénomènes pathologiques observés, une apparence de ressemblance grossière du produit morbide sécrété par la séreuse enflammée avec le liquide lactique, concoururent ensemble à accréditer dans les esprits cette théorie de l'enfance de la science. La lenteur du développement de la tumeur iliaque dans beaucoup de circonstances, la fréquence de cette maladie chez les femmes, à la suite des couches, s'accordaient bien plus facilement encore avec cette conception systématique, et tout le monde vit dans cette affection un simple dépôt laiteux.

Cependant une observation plus attentive conduisit à reconnaître que la tumeur circonscrite par laquelle le mal se révèle à un certain degré

de son développement, ne se rencontre pas exclusivement chez les femmes, et que parmi les femmes qui en sont atteintes, toutes ne se trouvent pas dans les conditions physiologiques qui permettent de se rendre compte de l'explosion de la maladie métastatique. Dès que l'on eut fait ce pas en dehors du cercle de la théorie, il était inévitable que l'empire de celle-ci ne fût ébranlé, et qu'elle ne finît par tomber devant une expérience plus large et plus complète. Bientôt en effet des observations nombreuses se publièrent, qui jetèrent la plus vive lumière sur un ensemble phénoménal jusqu'ici si mal interprété, et l'on signala des causes très-variées sous l'influence desquelles la maladie peut se produire. A la tête de ces causes il faut sans doute placer les conditions complexes dans lesquelles les femmes nouvellement accouchées se trouvent placées; mais cette cause est loin d'être la seule qui donne naissance au développement des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque. Dance et M. Husson doivent être comptés parmi les médecins qui les premiers signalèrent à l'attention des observateurs une autre cause à cette affection. Avant ces médecins distingués, plusieurs historiens d'épidémies dyssentériques avaient remarqué que l'inflammation violente de la muqueuse qui tapisse les parois internes du côlon, se propageait parfois à toute l'épaisseur de ces parois, et que du cœcum ainsi enflammé, la phlegmasie se transmettait au tissu cellulaire abondant dans lequel plonge cette portion du tube intestinal. Dupuytren, marchant dans la même voie, et reconnaissant la réalité de cette étiologie, montra ensuite que l'inflammation chronique du cœcum, l'engouement stercoral de cet intestin, aboutissaient, dans un certain nombre de circonstances, au même résultat. Telle est même, suivant l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, la puissance de cette cause, qu'elle rend la maladie, considérée dans sa forme générale, plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (1), malgré la cause particulière qui chez elles tend à produire cete affection. Les violences extérieures appliquées sur le bas-ventre, les chutes sur le siége; mais surtout celles dans lesquelles après un effort énergique pour se maintenir en équilibre, le corps est renversé en arrière, sont encore des causes, comme nous le verrons plus bas, sous l'influence desquelles on voit se développer le phlegmon de la fosse iliaque.

Il est assez rare que le caractère de la maladie soit saisi à son origine,

(1) L'auteur conclut ce résultat de son observation personnelle, mais il faut observer que, outre que les hôpitaux reçoivent un plus grand nombre d'hommes que de femmes, le service de Dupuytren ne recevait que des femmes malades à la suite de couches. Voyez Clinique chirurgicale de Dupuytren, publiée par MM. Brière de Boismont et Marx, t. III, p. 516.

parce que les symptômes auxquels elle donne naissance à cette période de son développement sont fort obscurs : que si cependant on traitait avec moins de négligence l'étiologie, et qu'on rattachât les phénomènes vagues du début du mal aux influences qui ont agi sur les malades, nous sommes convaincu que dans plus d'un cas on arriverait à un diagnostic plus précis : ce serait là une chose extrêmement utile au point de vue de la pratique ; car dans la plupart des cas il serait facile, à l'aide d'une médication énergique, de faire avorter le mouvement fluxionnaire, qui plus tard entraînera peut-être à sa suite des désordres si profonds. Si donc l'on veut arriver à reconnaître le mal à son premier degré de développement, voici surtout les caractères qu'il faut bien s'attacher à saisir : la douleur exactement circonscrite est localisée le plus ordinairement dans la fosse iliaque droite ; en déprimant les parois abdominales à la faveur d'une pression lente et graduée, on prévient la contraction des muscles abdominaux, et si l'on peut arriver jusqu'au siége de la douleur, celle-ci augmente au contact ; mais avant d'arriver là on a pu déprimer fortement tous les tissus placés sous la main exploratrice. L'idée d'une péritonite partielle, d'une ovarite même est donc exclue. D'ailleurs la réaction fébrile, à cette époque de la maladie, est peu prononcée. Que si maintenant l'on rapproche ces données de celles que fournit l'étiologie, dont les lumières ici principalement sont si utiles à invoquer, on arrivera à un diagnostic, sinon d'une certitude absolue, au moins très-probable, et qui justifiera suffisamment une médication énergique.

Lorsque la maladie a fait des progrès, et que le tissu, tuméfié par le travail inflammatoire dont il est le siége, forme une tumeur facilement reconnaissable, l'exacte circonscription du mal est encore un des meilleurs caractères pour en faire reconnaître la nature. La fluctuation vient bientôt à son tour qui dissipe tous les doutes qu'on aurait pu conserver. Les auteurs qui se sont occupés du diagnostic différentiel des abcès de la fosse iliaque droite, ont surtout insisté sur les caractères qui distinguent ces sortes d'abcès des abcès qui se lient à la carie d'une des vertèbres de la colonne épinière. En général cette distinction est facile ; la marche du mal est fort différente dans les deux cas. Toutefois dans quelques cas une coïncidence fortuite entre l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque, et de douleurs rhumatismales fixées sur la colonne vertébrale, peut jeter une certaine obscurité sur le diagnostic. Boyer, cet homme d'une si vaste expérience, a rencontré un cas de ce genre, et a longtemps hésité dans son diagnostic. Dans cette incertitude, l'ancien chirurgien de la Charité pratiqua l'ouverture de l'abcès avec les précautions qu'il croyait utile quand il s'agit d'un abcès par congestion. Les

douleurs de la région lombaire, qui survécurent à cette opération, furent combattues par un vésicatoire, qui les fit disparaître, et le malade sortit guéri. « Deux ans plus tard, dit l'auteur, qui avait toujours conservé quelques doutes sur la nature réelle de l'affection qu'il avait eue sous les yeux, le malade revint à l'hôpital pour y être traité d'une hydropisie ascite à laquelle il succomba. L'ouverture de son corps ne laissa apercevoir d'autres traces de l'abcès qu'une ligne blanchâtre, longitudinale, dans le tissu cellulaire de la partie inférieure de la région iliaque. Cette ligne correspondait au foyer purulent, dont les parois formées par le tissu cellulaire rapproché et condensé, s'étaient converties de nouveau en une substance cellulaire, lorsque la pression qui leur avait donné naissance n'eut plus lieu (1). » Une maladie assez rare, le psoïtis, dont M. Ferrus a donné dernièrement une description aussi complète qu'elle peut l'être dans l'état actuel de la science, dans le nouveau *Dictionnaire de médecine*, et dont M. Morizot s'est également occupé avec profit pour la pratique dans un des derniers numéros du *Journal de médecine*, le psoïtis, disons-nous, peut encore entraîner à sa suite un abcès qui, sous le triple rapport de sa situation, de sa marche et de ses divers modes de terminaison, reproduit exactement la physionomie du phlegmon iliaque proprement dit. On conçoit du reste que ces maladies doivent dans quelques cas se compliquer l'une l'autre, et que le même traitement leur est exactement applicable. Le dernier auteur que nous venons de citer, comme M. Ferrus lui-même, assigne à l'inflammation du muscle psoas un caractère qui lui est exclusivement propre, c'est la flexion de la cuisse du côté malade sur le bassin, et la douleur vive que l'on détermine quand on essaye de vaincre cette flexion. Dans les cas où ce symptôme est bien tranché, nous croyons qu'il a réellement la valeur séméiologique qu'on lui attribue; mais il n'en est plus de même quand ce symptôme n'est pas aussi bien dessiné. Parmi les malades que l'autopsie a démontré n'avoir été atteints que d'un phlegmon borné au tissu cellulaire extrapéritonéal, un grand nombre ont accusé des douleurs, un sentiment de pesanteur, d'engourdissement, dans la cuisse du côté souffrant, et la plupart des individus qui sont dans ce cas tiennent le membre fléchi sur le bassin, guidés qu'ils sont par l'expérience, qui leur enseigne que, dans cette position, les souffrances sont moindres. Mais, nous le répétons, cette distinction n'a point une excessive importance, le traitement qui convient à l'une de ces maladies étant exactement applicable à l'autre : dans les deux cas la première indication est d'obtenir la résolution de l'engorgement inflammatoire, et la seconde,

(1) Boyer, Traité des maladies chirurgicales, t. I, p. 82.

quand ce résultat n'a pu être obtenu, d'ouvrir une issue au pus par les parois abdominales, quand il tend à se faire jour de ce côté.

A propos du diagnostic de cette affection, qu'il est si important d'établir avec exactitude, nous allons rapporter un fait extrêmement remarquable, et dans lequel nous allons voir la maladie se produire sous une physionomie tout à fait insolite :

Mlle D..., âgée de vingt-neuf ans, née d'un père d'une forte constitution, mais atteint d'un emphysème pulmonaire intense, et d'une mère asez délicate, a eu elle-même une enfance presque constamment troublée par la maladie. Réglée tardivement, la fonction menstruelle a toujours été assez laborieuse, et la perte du sang toujours peu abondante. Atteinte, à l'âge de vingt ans environ, d'une maladie nerveuse dans laquelle prédominaient un état gastralgique marqué, et des palpitations violentes, continues, que fit naître peut-être, mais qu'exagéra à coup sûr une médication antiphlogistique extrêmement énergique, elle se rétablit peu à peu de cette maladie, quand, d'après le conseil de MM. Fiseau et Alibert, elle eut renoncé à une méthode si peu appropriée à sa constitution et aux accidents qu'elle éprouvait, qu'elle se fut nourrie substantiellement et eut pris de l'exercice : bien qu'après cette longue maladie, qui avait porté une atteinte si profonde à sa constitution, Mlle D... soit restée excessivement impressionnable, elle reprit de l'embonpoint et se porta assez bien jusqu'à l'âge de vingt-sept ans. A cette époque, elle fit une chute du haut d'une chaise sur laquelle elle était montée. Dans cette chute, le corps fut violemment renversé en arrière après un effort énergique pour retrouver l'équilibre perdu. Pendant les cinq ou six premiers jours qui suivirent cet accident, la malade n'éprouva rien de plus qu'une gêne dans le bas-ventre, un peu de raideur dans la cuisse droite. Mandé à cette époque, et ignorant cette chute, j'attribuai ces symptômes à une menstruation laborieuse qui se préparait. J'ordonnai un bain de siége, plus tard des sangsues, commandées par une réaction fébrile intense. Ces moyens, auxquels je joignis le repos, des cataplasmes émollients, des lavements laudanisés, la diète, n'eurent absolument aucune influence sur les accidents que je me proposais de combattre par eux. Bientôt des symptômes beaucoup plus graves se développèrent ; l'abdomen, douloureux dans tous ses points, ne pouvait supporter la moindre pression ; il y avait une constipation forte, qu'on ne fit cesser qu'à l'aide de lavements répétés ; des nausées survinrent, puis des vomissements. Le pouls était développé, très-fréquent, la peau chaude et halitueuse. La malade, terrifiée, était en proie à une agitation extrême ; il lui était impossible de rester quelques moments dans la même position. Pendant trois jours ces symptômes

continuèrent, sans que l'agitation, la jactitation de la malade cessât un seul instant le jour ou la nuit : les vomissements étaient également incessants. Les moyens qui furent successivement opposés à ces symptômes furent une saignée du bras, deux applications de sangsues nombreuses sur le bas-ventre, des demi-bains dans lesquels la malade pouvait à peine se tenir quelques instants, une émulsion purgative, l'opium, la glace. Les choses en étaient à ce point, lorsque mon savant maître, M. le professeur Andral, vint visiter la malade avec moi. Depuis que j'avais quitté Mlle D..., plusieurs garderobes avaient eu lieu ; elles se composaient d'une matière purulente infecte, dont la quantité pouvait s'estimer à trois ou quatre cuillerées. Une rémission prononcée dans les phénomènes avait suivi immédiatement cette évacuation purulente. Tous les symptômes nous étaient dès lors expliqués. Cet ensemble de phénomènes si insolites, était l'expression symptomatique qu'un phlegmon extrapéritonéal avait revêtue chez une femme douée d'une impressionnabilité nerveuse extrême. Maintenant que l'exquise sensibilité de l'abdomen avait considérablement diminué, il nous fut permis d'explorer cette région d'une manière plus complète qu'il n'avait été permis de le faire jusqu'ici. L'estomac demeure le siége d'une très-grande sensibilité. Ailleurs la pression peut être facilement supportée, et partout nous trouvons la souplesse normale. Dans la région iliaque droite seulement, il y a quelque résistance à la pression, mais l'exploration la plus attentive ne nous fait distinguer rien de plus. Pendant quelques jours la malade continua à rendre du pus mêlé aux matières stercorales, puis ce pus disparut. Depuis lors, Mlle D... est restée fort souffrante. Ce n'est point ici le lieu de poursuivre cette intéressante observation. Il nous suffira de dire que la malade a été examinée de nouveau par M. Andral, puis par MM. Récamier et Fouquier, et que ces habiles praticiens n'ont rien trouvé chez Mlle D... qui se liât à l'ancien abcès de la fosse iliaque, dont l'affection actuelle paraît tout à fait indépendante.

En présence de symptômes aussi insidieux, aussi mêlés que ceux dont nous venons de dérouler le mobile tableau, il était difficile, tous les connaisseurs en conviendront, d'arriver à un diagnostic précis. La sensibilité de l'abdomen, qui ne pouvait supporter la moindre pression, les nausées, les vomissements incoercibles dont la malade était en même temps affectée, étaient des symptômes graves qui, pris isolément, pouvaient faire redouter une péritonite suraiguë déterminée par une perforation spontanée. Mais l'état de la face, qui n'exprimait qu'une vive douleur, et n'offrait pas cette décomposition, cette altération profonde des traits, dont une atteinte funeste portée subitement à la vie ne manque jamais de s'accompagner, les mouvements de jactitation continue

dont le corps était agité, ôtaient aux phénomènes que nous venons d'indiquer leur funeste signification. Dans l'incertitude forcée à laquelle nous étions réduit quant au point de départ de ces singuliers accidents, nous nous réglâmes sur la réaction vitale elle-même ; nous prîmes nos indications dans les manifestations générales de cette réaction. La plénitude du pouls, sa fréquence, l'agitation extrême de Mlle D... nous parurent commander l'emploi d'une médication antiphlogistique assez active. Le phlegmon extrapéritonéal était sans doute trop avancé pour que cette médication amenât la résolution de la phlegmasie, et le pus formé se fraya une voie à travers l'intestin.

Il est rare heureusement que la maladie se présente sous une forme aussi insidieuse ; le plus ordinairement les symptômes locaux se dessinent d'une manière si tranchée, que la moindre attention suffit à la faire reconnaître. Inversement à ce que nous avons vu dans le cas précédent, il arrive parfois que la maladie se développe sourdement, éveille à peine l'attention des malades eux-mêmes, et ce résultat définitif que suit l'évacuation du pus, apprend la gravité de l'affection à laquelle le malade vient d'échapper. Le fait suivant, que nous allons esquisser rapidement, va nous montrer la maladie sous cette forme nouvelle.

Mlle S. P..., femme de chambre, d'une constitution forte, régulièrement menstruée, et jouissant habituellement d'une santé excellente, tomba un jour à la renverse dans un escalier, après un effort énergique pour se retenir. Quelques contusions furent les seules suites apparentes de cet accident. Toutefois la malade éprouvait quelques vagues douleurs, un sentiment de gêne, de pesanteur dans le bas-ventre : point de fièvre du reste : appétit conservé. Au huitième jour seulement qui suivit cette chute, les douleurs se localisent d'une manière plus franche dans la fosse iliaque droite. Cette région explorée présente une tumeur exactement circonscrite, profondément située, et dans laquelle on ne constate qu'une fluctuation douteuse. Dans cette incertitude, des bains de siége sont prescrits. Après le second bain, la malade éprouve un besoin impérieux d'aller à la garderobe, et rend un pus fétide dont la quantité peut être évaluée à un verre au moins. Les jours suivants les garderobes continuent à contenir une certaine quantité de ce liquide ; puis les évacuations deviennent naturelles, et la malade recouvre rapidement la santé la plus parfaite.

Il est assez difficile de comprendre, surtout en présence du fait que nous avons cité plus haut, comment un phlegmon interne peut parcourir toutes les phases de son développement jusqu'à la suppuration sans développer plus de réaction, sans éveiller plus de sensibilité morbide que nous ne venons de le voir dans le cas précédent. En vain on cher-

cherait à se rendre compte de cette différence par la position que le mal peut affecter. Emprisonné de tous côtés par des organes vivants dont la turgescence morbide doit au moins déterminer la compression, on ne conçoit pas comment le phlegmon iliaque n'éveille pas plus de douleurs, n'entraîne pas plus de troubles fonctionnels. Force nous est bien en pareil cas d'invoquer ces dispositions spéciales de l'organisme, en vertu desquelles la fibre vivante réagit avec plus ou moins d'énergie au contact des causes qui tendent à en altérer la texture. Il est des phthisiques dont le sommet des poumons est creusé de cavernes, qui toussent fort peu, pendant qu'il en est d'autres dont la toux est incessante, bien que quelques tubercules seulement soient disséminés dans le parenchyme pulmonaire. Dans tous les organes on rencontre cette différence dans la manière dont la sensibilité répond aux stimulants physiologiques ou anormaux. Dupuytren qui, comme nous l'avons dit déjà, avait un des premiers touché, avec cette sagacité diagnostique que personne ne lui conteste plus, à cette question importante de pathologie, portait en général un pronostic favorable dans la maladie dont nous nous occupons. C'est surtout lorsque le pus rassemblé en foyer s'ouvre une voie par l'intestin, que cette terminaison heureuse arrive ordinairement. La vessie, le vagin sont encore assez souvent la voie que suit le pus pour s'échapper au dehors; mais ces cas sont moins simples, bien que la terminaison heureuse, dans de semblables conditions, soit également possible.

Le fait suivant, que nous empruntons à M. Baudeloque (1), va nous montrer comment, dans quelques cas de phlegmon de la fosse iliaque, le pus s'étale dans une grande étendue de la cavité abdominale, et se dirige spécialement vers le vagin pour trouver une issue. Ce fait nous montrera en même temps que jusqu'à Chaussier même, une grande obscurité enveloppait le diagnostic de cette maladie. « En faisant l'ouverture du cadavre de la femme Billotte, que Chaussier avait crue atteinte de péritonite, dit l'auteur, je trouvai tous les viscères de l'abdomen et le péritoine dans un état sain. Il existait à gauche, au-dessous du péritoine, un foyer purulent qui s'étendait depuis la dernière côte jusque dans le fond de la cavité pelvienne. Ce foyer, large de plusieurs pouces, occupait tout le tissu cellulaire qui se trouve le long du côté gauche du rachis, autour du rein. Il était situé au-devant et dans l'épaisseur des muscles lumbo-abdominal, iléo-abdominal, iléo-costal. Dans le bassin, il était placé entre les muscles pré-lumbo et iliaco-trochantiniens, descendant entre les deux feuillets du péritoine, qui constituent

(1) Traité de la péritonite puerpérale. 216

le ligament large du côté gauche, jusque sur le bord de l'utérus, et s'ouvrant dans le vagin par une ouverture irrégulière de plusieurs lignes de diamètre. Les parois du foyer étaient partout d'un brun noirâtre. »

Le vagin est un des organes par lesquels le pus a le plus de tendance à s'évacuer. MM. Récamier, Rayer, et d'autres praticiens sans doute, ont assez souvent dans cette maladie ouvert l'abcès de la fosse iliaque par cette voie. Les succès qui ont suivi cette pratique commandent impérieusement dans cette maladie, lorsque le pus ne se rapproche pas d'une manière évidente de la surface des parois abdominales, d'explorer ce conduit pour s'assurer si ce n'est point sur les parois du vagin que le pus s'accumule, et fait effort pour s'échapper au dehors. Une incision simple sur le point où la fluctuation est sentie, suffit pour donner issue au liquide morbide, et mettre fin aux accidents de réaction que l'emprisonnement de ce liquide déterminait. Dans un grand nombre de cas, sans doute, lorsque l'indication s'en présentait, on a pu avec succès ouvrir au pus une voie d'émission à travers les parois abdominales ; mais, même dans les cas les plus favorables, on conçoit que le liquide s'échappe moins facilement par cette voie, que quand il trouve une issue à travers un organe situé comme l'est le vagin. En suivant cette dernière direction, vers laquelle il est naturellement porté par son propre poids, l'évacuation en est beaucoup plus facile, plus complète, et il laisse moins souvent après lui un noyau d'engorgement quelquefois fort lent à disparaître.

Cette dernière remarque nous conduit à étudier le phlegmon de la fosse iliaque sous un autre point de vue ; cette partie de l'histoire de la maladie a été à peine effleurée par les auteurs, sous le rapport le plus important, celui de la thérapeutique. Que la maladie se soit terminée par un abcès, ou que par une médication énergique et employée à temps on ait empêché cette terminaison, dans les deux cas il arrive assez souvent que le tissu cellulaire qui a été le siége du travail phlegmasique aigu reste frappé d'un état d'engorgement chronique, qui, abandonné aux efforts conservateurs de l'organisme, met en général un assez long temps à se résoudre. La maladie, à cette phase de son développement, se traduit à l'observation par les phénomènes suivants : une tumeur exactement limitée, médiocrement résistante au toucher, existe dans la région iliaque droite ; comprimant nécessairement et à divers degrés, suivant sa position et son étendue, les tissus avec lesquels elle est en rapport, elle est un obstacle à la libre circulation des matières fécales dans l'intestin. En même temps que cette tumeur détermine ainsi une constipation plus ou moins forte, elle occasionne dans la cuisse du côté correspondant un sentiment de gêne, de pesanteur, dont les malades manquent rarement

de se plaindre, et qui rend constamment la station et la marche fatigantes. Si l'on comprime la tumeur, on y éveille en général une douleur obscure. Si l'on n'a soin de combattre la constipation, si les malades, dans la vue de recouvrer les forces qu'ils ont perdues, marchent trop longtemps, ils sont incessamment menacés de voir se rallumer l'inflammation incomplétement éteinte. Dupuytren (*loc. cit.*) regardait une constipation opiniâtre comme une cause qui suffisait à elle seule pour produire la maladie. Nous croyons que si cette condition peut exercer une si funeste influence, cela doit au moins être extrêmement rare. Mais si les matières fortement endurcies, longtemps accumulées dans le cœcum, ne peuvent que très-rarement, sans le secours d'autres causes, déterminer l'inflammation du tissu cellulaire sain dans lequel plonge cet intestin, il n'en est plus de même lorsque ce tissu est resté engorgé par les liquides qu'y appela un travail phlegmasique actuellement éteint. On apprécie bien l'influence de cette cause quand on interroge les malades, lorsqu'ils ont des garde-robes faciles, ou que celles-ci ont manqué pendant quelques jours. Dans le premier cas, la tumeur est moins tendue, plus exactement circonscrite et moins douloureuse; dans le second cas, ce sont les conditions inverses qu'on observe. La fièvre qui existe presque toujours, sinon d'une manière continue, au moins sous ce mode que quelques anciens ont désigné sous le nom de fébricitation, la fièvre, disons-nous, est beaucoup plus prononcée lorsqu'une constipation opiniâtre existe. Telle est parfois la réaction tant locale que générale que l'on observe alors, que la prudence commande de prévenir une recrudescence menaçante de la phlegmasie par une application de sangsues, des cataplasmes et des bains de siége. A plus forte raison doit-on par conséquent, en pareille circonstance, se hâter de mettre fin à un arrêt des matières fécales qui exerce une influence si fâcheuse, soit par un purgatif, soit, s'il y a contre-indication formelle à l'emploi de ce moyen, par des lavements.

Dans le prochain numéro nous terminerons ce que nous avons à dire sur ces graves et intéressantes affections.

Max. Simon.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES BONS EFFETS QU'ON RETIRE DE L'ADMINISTRATION DE L'ÉCORCE FRAICHE DE LA RACINE DU GRENADIER INDIGÈNE DANS LE TRAITEMENT DU TÆNIA.

Lorsqu'on est appelé à donner des soins à une personne tourmentée du ver solitaire, et que l'on se décide à administrer l'écorce de racine de grenadier, est-il indispensable que cette écorce provienne du grena-

dier *sauvage*, qui croît spontanément en Afrique et surtout en Portugal, ou peut-on employer avec tout autant d'avantages l'écorce du grenadier indigène? Enfin, est-il indifférent de donner cette écorce sèche ou fraîche?

Pour nous, ces deux questions sont depuis longtemps passées à l'état de vérités acquises : nous faisons exclusivement usage de l'écorce fraîche du grenadier *indigène*, parce que l'expérience nous en a révélé la merveilleuse et instantanée efficacité. Mais on nous saura gré, nous l'espérons, d'avoir présenté ces deux questions sous la forme d'un problème à résoudre, car dans les auteurs même les plus modernes, on ne rencontre sur ce point que le vague et le doute. Des médecins recommandables veulent, en effet, qu'à l'exclusion de toute autre, on ne se serve que de l'écorce sèche du grenadier exotique, tandis que des praticiens non moins estimés font un précepte de n'user que de l'écorce fraîche. Il est ensuite des traités fort répandus de matière médicale qui observent une sorte de neutralité : tel est, par exemple, celui de M. Barbier, d'Amiens (*Traité élém. de mat. médic.*, t. I, p. 438, éd. de 1830), où, en place de telle ou telle affirmation, on lit simplement qu'il est des personnes qui préfèrent l'écorce fraîche à l'écorce sèche.

Cette irrésolution est pénible, on l'avouera, pour les esprits sévères, ennemis de l'ambiguité et jaloux d'obtenir de prompts succès. Mais c'est surtout en présence du fait clinique, de l'affection à combattre, du tænia à détruire, que l'embarras se révèle et grandit.

C'est dans le but de concourir à lever ce doute, de contribuer à établir une vérité de médecine pratique, que je me suis décidé à publier cette note. Ce qui m'a déterminé à m'en occuper de suite, c'est que, parcourant dernièrement les comptes-rendus de la Société de médecine du Temple (*Gaz. des Hôp.* du 4 septembre 1841), j'y vis que plusieurs des membres dissertaient gravement sur les caractères propres à faire reconnaître l'écorce de la racine de grenadier de Portugal qui, disaient-ils, était la plus efficace contre le ver solitaire. Encore tout pénétré des merveilles que j'avais vu opérer sous mes yeux par l'écorce du grenadier indigène, je gémis pour l'insistance que ces médecins honorables mettaient à exalter cette écorce; et ce qui prouve l'opportunité de ma publication, c'est que dans l'assemblée pas un des membres ne se leva pour parler en faveur de l'écorce indigène. C'était bien certes là l'occasion de signaler le singulier travers que nous avons d'aller souvent chercher bien loin ce que la nature fournit abondamment chez nous.

Quand il s'agit de choses qui vont droit à la pratique, la meilleure manière de convaincre, c'est de charger les faits de contrôler les assertions. Ainsi vais-je en agir :

Obs. I. Étienne Mullet, vigneron, habitant aux Trois-Moulins (Saint-Émilion), âgé de vingt-neuf ans, de petite taille, pâle, aux formes grêles, était habituellement indisposé depuis longtemps. Voici les renseignements qu'il m'a fournis. En 1834, éprouvant depuis quelques mois une céphalalgie sus-orbitaire et de l'anorexie, il rendit tout à coup pour la première fois de sa vie environ 160 centimètres d'un ver plat, qu'à la description qu'il m'en fit, je reconnus être un tænia. Le mal de tête et le défaut d'appétit n'en persistèrent pas moins; mais à dater de cette époque, cet homme rendit chaque jour, en allant à la garde-robe, quelques parcelles du ver solitaire. Il comptait à chaque selle depuis un jusqu'à vingt anneaux. C'était principalement quand on avait fait la veille quelques excès de boissons que ces fragments étaient expulsés en plus grand nombre. C'était après les matières fécales que sortaient ces anneaux dont l'expulsion était précédée et annoncée par un fourmillement fort désagréable.

Il en fut de même tous les jours jusque vers le milieu de 1839 où, sans cause connue, sans remède aucun, Mullet rendit après une selle, en une seule fois, environ 3 mètres de son tænia. Il s'en crut débarrassé désormais, mais il n'en fut rien : la céphalalgie et l'anorexie persistèrent comme devant, ainsi que l'expulsion journalière de quelques segments du ver. Cet état continuait encore au mois de juin 1841, lorsque, à cette époque de l'année, la plus pénible dans nos contrées pour le travail des vignes, cet homme, sentant redoubler son mal de tête et diminuer ses forces, me fit appeler. Dans l'examen que je fis, j'observai que l'inappétence et la céphalalgie sus-orbitaire étaient les symptômes prédominants. Le mal de tête durait depuis le point du jour jusqu'à onze heures du matin. *Jamais de coliques*, mais sensation par intervalles d'une sorte de boule qui se dirigeait de bas en haut dans le ventre. Malgré la méditation que je fis de ces divers phénomènes, j'avoue que, sans la circonstance remarquable des fragments de ver expulsés, j'aurais été embarrassé pour assigner une origine ainsi qu'un siége précis au mal, et y apporter remède. Mais l'indication sautait aux yeux, j'avais affaire à un cas de tænia, et je prédis la guérison.

Dans ce but, j'eus recours à l'écorce fraîche de la racine du grenadier qui croît dans nos jardins : j'ordonnai de faire macérer pendant vingt-quatre heures 60 grammes d'écorce concassée dans un litre d'eau, puis de faire bouillir le tout jusqu'à réduction de moitié; de diviser ensuite cette liqueur en trois doses, et de les donner au malade à une demi-heure d'intervalle les unes des autres.

Ce fut dans la matinée du 20 juin que Mullet prit ce remède. Mais la décoction ne fut préparée qu'avec 45 grammes d'écorce, et au lieu de la diviser en trois doses, comme il avait été prescrit, cet homme, dans l'intention d'agir plus énergiquement sur le ver, but d'un trait la décoction entière.

Aussitôt après il éprouva cette sensation remarquable : il lui semblait que son ventre était rincé comme quand on agite de l'eau dans un tonneau. Un quart d'heure après l'ingestion un impérieux désir d'aller à la garde-robe se déclare, la violence des coliques fait tomber le malade par terre, et c'est dans cette position que le tænia fut rendu dans son entier, mêlé à quelques matières liquides. Je le mesurai : il avait, y compris la tête, cinq mètres et soixante-seize centimètres de long.

Tels furent les effets physiologiques du médicament et le résultat qui s'ensuivit. Le même jour, Mullet reprit ses travaux. La céphalalgie disparut;

l'appétit se fit dès lors sentir et la santé devint parfaite. Cet homme, que j'ai l'occasion de voir souvent, n'a plus que le souvenir de son mal; la guérison s'est solidement maintenue.

Obs. II. Jean Bion, cultivateur, âgé de cinquante-quatre ans, au teint rouge, de petite taille, mais replet, habite à Biard (Saint-Laurent). Il fait remonter à une douzaine d'années les premières atteintes d'un mal qui s'est surtout aggravé depuis deux ans. Ce mal se traduisait par des vomissements de bile, et par l'habitude presque constante de vomir ses aliments immédiatement après les avoir pris. Pendant les cinq dernières années il a régulièrement eu deux hématémèses, l'une au mois de novembre, l'autre au mois de mars. La dernière fut signalée par l'expulsion d'au moins trois livres de sang. Des coliques intestinales s'observaient périodiquement chaque semaine.

Au plein, au renouveau et à chaque quartier de la lune, il rendait par les selles dix à douze anneaux de tænia. Les coliques intestinales n'entraient pas comme condition dans le rejet de ces anneaux. Aux phases lunaires précitées, que les coliques se fissent ou non sentir, il fallait que ces anneaux partissent; il y avait dix ans qu'il en était ainsi! Point de céphalalgie. Ces renseignements, je les ai recueillis auprès du malade lui-même, après l'avoir minutieusement interrogé.

Cet homme avait lassé pour ainsi dire la thérapeutique et les médecins, y compris les célébrités de l'arrondissement. Les sorciers et les devins l'avaient eux-mêmes entrepris, puis abandonné. Aussi son mal fut-il désormais incurable. Et pourquoi? Parce qu'il n'avait jamais mentionné, dans ses narrations cependant verbeuses, la nature des selles; il n'avait jamais dit mot des fragments du tænia, et nul médecin ne lui adressa la moindre question à ce sujet. Lui, n'y ajoutait pas d'importance; les hommes de l'art n'y pensèrent jamais. Tant il est vrai que le diagnostic est tout en médecine, et que si on ne guérit pas en effet dans beaucoup de cas, c'est qu'on frappe dans l'ombre.

Cependant les symptômes mentionnés s'exaspéraient. Depuis un an, Bion vomissait tous les jours de la bile ainsi que des aliments. L'appétit était nul; comme conséquence, la maigreur extrême. Dans les trois derniers mois le ventre offrait un énorme ballonnement. Le travail était très-pénible, mais il fallait vivre, et il s'occupait selon la mesure de ses forces.

Mon confrère et ami le docteur Pigasse eut enfin connaissance des anneaux de tænia que Bion rendait par les selles. Toute difficulté fut dès lors levée, on était sur la trace d'une guérison assurée. Ce médecin, à qui j'avais parlé du succès que j'avais obtenu, l'année précédente, sur Mullet, avec l'écorce fraîche de la racine de grenadier, prescrivit à Bion ce même médicament à la dose de 90 grammes pour en faire une décoction dans un litre d'eau jusqu'à ce que le liquide fût réduit à un demi-litre, et à prendre en trois fois, de demi-heure en demi-heure. Ce fut en la matinée du 30 mars que Bion but ce remède. A mesure qu'il prenait le dernier verre, il fut saisi d'un vif élancement en la région des fausses côtes gauches, près du sternum, puis d'une forte épreinte : le tænia était rendu. Il se trouvait mêlé à quelques matières liquides. On nous l'apporta; il avait près de cinq mètres de long. La partie effilée qui se termine par la tête du ver s'y trouvant, on devait compter sur une cure assurée. En effet, cet homme a vu dès cet instant sa santé s'améliorer, et à l'heure où je trace ces lignes, il jouit pleinement des prérogatives du tempérament sanguin.

Si c'était ici l'occasion de signaler une vérité devenue presque banale, ce serait certes le cas de faire remarquer que les symptômes ne sont presque jamais les mêmes pour des lésions et souvent même pour des causes identiques. En helminthologie encore plus qu'en toute autre branche des maladies signalées au cadre nosologique, cette disparité de séméiotique se fait particulièrement sentir. Voici deux malades que j'ai observés moi-même avec le plus grand soin : tous les deux sont porteurs d'un tænia, et chez tous les deux presque rien d'analogue. Chez l'un, l'anorexie et la céphalalgie étaient les seuls maux accusés ; il ne s'était en effet jamais plaint de la sorte de boule qui se promenait dans son ventre. Chez l'autre, vomissements opiniâtres de bile et d'aliments, hématémèses, coliques ordinaires, anorexie, maigreur, ballonnement du ventre. L'unique similitude offerte, c'est l'anorexie, ce sont les fragments de tænia expulsés. L'anorexie n'est-elle pas elle-même un fait étrange, eu égard à l'idée que l'on se fait d'habitude des personnes qui ont le ver solitaire? Ne leur attribue-t-on pas au contraire une grande voracité jointe à une extrême maigreur? Mullet et Bion étaient, il est vrai, dans le marasme, mais l'appétit était pour ainsi dire un instinct aboli chez eux. Pour les anneaux de tænia expulsés, phénomènes qui seuls ont mis sur la voie du diagnostic, encore de la diversité. L'un en rendait tous les jours ; l'autre était en quelque sorte soumis pour cela à une influence planétaire, on ne les observait chez lui qu'aux quatre phases de la lune. Cette expulsion coïncidait-elle avec ces époques, ou était-elle commandée par elles? Que d'autres l'expliquent, je me bornerai à en signaler le fait.

Effleurons en passant cette autre question importante : Existe-t-il des signes rationnels qui puissent nous faire admettre comme infaillible la présence du tænia dans le tube gastro-intestinal? Non! mille fois non! On ne saurait trop se tenir en garde contre cette symptomatologie classique qui donne tant de mécomptes. Tout ce qu'on a dit et écrit à ce sujet conduit à de vagues probabilités, mais jamais à la certitude. Et la meilleure des preuves, c'est que, d'une part, il est des individus porteurs du ver solitaire, qui n'en ont jamais accusé d'autre sensation que celle de l'avoir rendu ; et d'une autre part, c'est que tous les jours le tænia est invoqué comme cause formelle entretenant le tétanos, l'épilepsie, les convulsions, l'hystérie, la catalepsie, la chorée, le coma, la paralysie, l'amaurose, la surdité, les toux rebelles, l'aphonie, la folie avec tout son cortége de formes, en un mot toutes les névroses depuis les plus vulgaires et les plus insignifiantes jusqu'aux plus excentriques et les plus redoutables, et qu'il est prouvé que l'expulsion spontanée ou provoquée de ce ver met un terme prompt à ces affections qui tourmen-

taient l'organisme en dépit et à l'insu de la science. La lecture des traités spéciaux en fournit de plantureux exemples.

Mais si le tænia ne trahit sa présence dans les voies digestives par aucun signe pathognomonique, en retour on observe souvent un phénomène physique qui ne trompe, qui n'égare jamais : c'est l'issue par intervalles de quelques fragments, ou même d'une seule des articulations du ver. D'où l'importance d'examiner attentivement les selles des personnes chez lesquelles on soupçonne cet hôte importun. Cette précaution ne devrait jamais être omise par le médecin qui se trouve en présence d'une maladie où la thérapeutique ordinaire échoue, quand surtout en des cas analogues il est cependant habitué au succès.

Est-ce à dire qu'il ne faille nécessairement administrer de tænifuges qu'après la constatation de ce symptôme palpable? Nous n'imposons point cette extrême réserve, car avec de la prudence on peut, sans danger, donner la plupart de ces médicaments ; mais convaincu que l'examen des garderobes fournit, dans l'immense majorité des cas, le seul signe sensible précité, nous estimons qu'il est plus logique d'attendre le résultat d'une investigation qui nous conduit, si elle est favorable, à pronostiquer une guérison assurée, chose rare dans notre art, et qui, si elle est négative, nous laissera toujours le loisir d'exploiter à notre gré le champ de l'empirisme.

Pour se débarrasser de leur tænia nos deux malades ont pris la même quantité de liquide, mais ce liquide renfermait des proportions différentes d'écorce de racine de grenadier : celui de Mullet avait été préparé avec 45 grammes, et celui de Bion en contenait 90. Mullet, qui but son remède en une seule fois, rendit son ver un quart d'heure après; Bion, qui observa les intervalles prescrits, rendit le sien en ingérant la troisième dose, c'est-à-dire une heure après avoir pris la première. Attachons-nous encore à cette remarque : les auteurs prescrivent de donner un purgatif le soir de la veille du jour où l'on doit administrer l'écorce spécifique; nous nous en sommes abstenu, et le succès n'en a été ni moins complet ni moins prompt. Nous n'avons absolument donné que l'écorce; de sorte que cette circonstance d'ailleurs si rare de l'unité pharmaceutique ne peut que contribuer à rehausser davantage les précieuses qualités de ce médicament.

A l'instar de toutes choses, ce tænifuge a ses détracteurs : cela devait être; le quinquina n'a-t-il pas eu les siens! La vérité a prévalu pour celui-ci, elle ne manquera pas de prévaloir pour celui-là. Signalons, en attendant, quand et comment cet agent échoue. Voici ce qui arrive : Parfois un malade est à tort réputé porteur du ver solitaire; on administre le remède, il fait défaut, c'est logique. Dans la plupart des cas le

manque de succès provient, non de l'absence du ver, mais de la mauvaise qualité ou de la sophistication de l'écorce fournie par le commerce. Cette écorce étant en effet fort souvent mal desséchée à l'époque de la récolte, il s'ensuit qu'elle s'altère facilement. Ou bien c'est le désir immodéré du gain qui, faisant fi de scrupules, s'est chargé d'offrir en lieu et place de la véritable écorce de la racine du grenadier, celle de l'épine-vinette ou même du buis. On aura la mesure de la fréquence de cette substitution en lisant dans les auteurs la série d'opérations propres à démasquer cette fraude. Mais, nous le demandons, ne serait-il pas souverainement injuste de rendre la véritable écorce responsable de ces iniquités commerciales ? C'est cependant ce à quoi on s'expose chaque fois qu'on emploie l'écorce du commerce. En agissant ainsi, on déverse sur la réputation d'un excellent remède tout le blâme que nous inspire le résultat négatif d'une drogue détestable. C'est faire de la diffamation involontaire, mais elle devient pourtant sans appel.

La critique sera de bon aloi quand elle s'adressera à l'écorce fraîche de la racine de grenadier qu'on vient de récolter, et quand il sera constaté qu'administrée avec les précautions d'usage, cette écorce aura laissé intact dans le tube digestif un tænia dont les selles du malade avaient fourni l'indice. Si l'on s'environnait de ces garanties, ce tænifuge deviendrait sans rival ; nos observations et celles de nombreux praticiens dont l'autorité est plus imposante que la nôtre l'ont surabondamment prouvé.

On va nous faire sans doute cette objection : le grenadier est commun dans le Midi, où il croît sans effort, et très-rare dans le Nord, où on ne l'élève qu'à la condition de grands soins. L'écorce de sa racine recueillie dans des contrées si différentes conservera-t-elle une identité d'action ? J'en ai la certitude, et voici sur quel fondement je l'établis : M. le docteur Putégnat, qui exerce à Lunéville, raconte (*Gaz. des Hôp.* du 9 février 1843) les bons effets qu'il a obtenus de l'écorce fraîche de la racine de grenadier dans un cas de tænia. Or, si le grenadier qui croît à Lunéville rivalise de propriétés tænifuges avec le grenadier qui se rencontre dans le département que j'habite, celui de la Gironde, pourquoi le grenadier ne conserverait-il pas toujours les mêmes priviléges, récolté à Paris ou dans toute autre contrée du nord ou du centre de la France?

En réfléchissant que nos deux malades ont rendu leur tænia sous la pure influence de la décoction de l'écorce fraîche de la racine du grenadier indigène, l'un dans le mois de juin, l'autre dans le mois de mars, on arrive à cette conséquence pratique : c'est que cette écorce ne reçoit des saisons, du moins au point de vue qui nous préoccupe, aucune

influence spéciale. De sorte que sa récolte ne cesse jamais d'être en opportunité avec l'effet curatif qu'on attend de son administration. Cette circonstance est tout à fait digne d'intérêt ; c'est le point capital de la question.

Dans toutes les officines du Midi on trouve de l'écorce sèche de racine de grenadier. A part la superfluité de ce soin, il est naturel d'admettre que ce produit desséché aura été récolté dans la localité même. Il n'en est cependant pas ainsi. MM. les pharmaciens le font venir, avec le plus grand nombre de leurs autres substances médicamenteuses, de Paris ou des autres villes où fleurit le commerce de la droguerie. Cette particularité choquante ne doit-elle pas rendre plus précieux aux praticiens de ces contrées le végétal qui leur offre sans cesse à l'état de fraîcheur un produit qui sous cette forme se recommande par tant de faciles triomphes! Le succès obtenu par M. Pntéguat à Lunéville doit encourager les médecins du centre et du nord de la France à ne pas douter de la valeur thérapeutique de l'arbuste élevé dans les serres de leur pays. Au lieu de recourir à l'écorce desséchée, qu'ils tâchent d'administrer celle qu'ils pourront recueillir sur les racines de l'arbre même, et nous leur prédisons, avec la réussite, le partage de nos propres convictions.

Qu'on sache bien que notre travail n'est point entrepris dans le but de dénigrer la véritable écorce bien desséchée. Nous serions démenti par les faits et l'expérience si nous élevions cette prétention. C'est contre la fraude, c'est contre l'altération que nous voulons prémunir nos confrères. La véritable écorce, convenablement conservée à l'état de siccité, guérit le ver solitaire, c'est hors de doute ; mais l'écorce fraîche du grenadier indigène détruit ce parasite avec plus de certitude encore. Voici enfin le dernier terme de notre opinion. Dans le Nord, toutes les fois qu'on le pourra, il faudra préférer celle-ci à celle-là ; dans le Midi, ce choix ne devra jamais faire l'objet d'un doute.

On a opposé au tænia des moyens thérapeutiques si nombreux, si variés, si empiriques, quelquefois si bizarres, souvent si monstrueux dans leur composition, qu'on nous saura gré, nous l'espérons, d'avoir mis en lumière la méthode simple et pourtant si puissante qui fait l'objet de ce travail. L'élément qui la constitue se trouve partout. Il suffit de savoir confectionner le plus simple apozème pour posséder tous les secrets de sa préparation. Elle n'exige d'autre adjuvant que la rigueur du diagnostic. Nous n'avons point la prétention de la donner comme la dernière formule de la science, nous l'offrons seulement comme un des toxiques dont le ver solitaire puisse le moins impunément se jouer.

D. G. V. Lafargue,
de Saint-Émilion.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR L'EMPLOI DU NITRE A HAUTES DOSES DANS UN CERTAIN NOMBRE DE MALADIES.

(Suite et fin.)

VI. *Circonspection dans l'emploi du nitre.* — Le nitre ne produisît-il qu'un effet analogue à la saignée, il serait déjà assurément un médicament qui ne devrait être employé qu'avec mesure, avec une circonspection éclairée. Mais, dans la médication par le nitre, la quantité de sang de l'individu n'est pas diminuée ; il y a introduction dans la masse de cette humeur, et dans l'économie entière, d'une matière saline, capable de déterminer des effets toxiques, si elle a été prise sans prudence (Comparetti, Souville, Laffize, G. Alexandre, Falconner, Buther, Gmelin, Fodéré, M. Orfila, etc.) ; effets toxiques qui n'ont pas toujours donné la mort, mais qui ont toujours coustitué un trouble gravement morbide. Toutefois je ne veux ici envisager que les effets avantageux du nitre dans les maladies citées, pour en conseiller une administration discrète. Est-ce que ce n'est rien de produire, comme le fait ce sel dans une économie humaine, un changement assez brusque, en très-peu de jours, et aussi considérable? Pourrait-on oublier les dangers, en beaucoup de cas, des transitions simples et promptes d'une condition à une autre, dans l'état de santé ; et voudrait-on qu'un changement un peu moins rapide, mais grand cependant dans la chaleur du corps, grand dans la rapidité et la force du pouls qui diminue de trente, quarante, soixante pulsations, grand encore dans certaines qualités du sang, etc., ne soit pas à prendre en considération singulière, l'individu étant malade? En vérité, cela ne serait pas admissible. Le nitre, puisqu'il amène des guérisons, étant donné à dose forte, doit, sans aucun doute, être employé ainsi ; mais il ne doit l'être qu'avec une mesure savante, non en toute circonstance, mais en des circonstances que l'observation et le tact découvrent. La saignée à haute dose, comme on dit, cause souvent des accidents regrettables, et même aussi un malheur irréparable ; le nitre à dose trop forte cause l'empoisonnement, et aussi la mort.

Le nitre, administré prudemment à dose un peu élevée, agit sans doute avec moins de cette énergie qui saisit l'imagination, mais il agit avec cette puissance qui suffit à l'œuvre. Ainsi, par exemple, dans le rhumatisme aigu, il suffit à cette dose, pour rendre la maladie de grave, d'intense, de très-douloureuse qu'elle était au début, une affection fort modérée, fort simple, faisant ressentir successivement quelques-unes de ses plus faibles atteintes dans certaines articulations, de manière que le malade semble plutôt prendre des précautions contre elle qu'en être

véritablement attaqué. Je suis persuadé que c'est un plus grand bien pour l'économie de la mettre ainsi en état de résister, presque sans fatigue, à la cause morbide qui s'est emparée d'elle, et jusqu'à l'épuisement de l'action de cette dernière, que de réussir à étouffer, non sans quelque risque, l'effet apparent et non le désordre intime.

Je ne vois à cette pratique réservée que l'inconvénient un peu léger d'ôter au médecin l'occasion, s'il la recherchait, d'une sorte de glorification futile d'avoir employé une drogue à dose peu ordinaire.

VII. *Caractères de l'action du nitre.* — L'action du nitre a quelque chose de caractéristique. Au bout de trente-six ou de quarante-huit heures, si la maladie est une inflammation ou phlegmoneuse, ou articulaire, il y a, en outre de la modification du pouls et de la chaleur, un désenflement de la partie enflammée qui d'ailleurs est encore rouge et un peu plus chaude que la peau du reste du corps ; mais il y a un symptôme important qui subsiste, la douleur. Elle est peu ou point modifiée, elle ne l'est jamais en proportion des autres symptômes cités. Il arrive souvent, pendant l'usage du nitre à haute dose, de voir, après l'amélioration rapide d'une articulation, une ou deux autres articulations devenir douloureuses, mais seulement douloureuses et sans gonflement un peu appréciable. Cette douleur, unique symptôme alors du rhumatisme, cède à la continuation de l'usage du nitre en un ou deux jours. Si on se laisse, dans ce cas, induire à croire que la maladie est terminée, et que l'on cesse l'emploi du nitre, la maladie peut reparaître et affecter une articulation avec enflure et douleur. Cette recrudescence cesse promptement par le nitre.

Mais quelle que soit la marche que la maladie aura suivie, la douleur est, dans la généralité des cas, le dernier symptôme à s'évanouir ; et toujours la partie qui a été atteinte reste faible et impotente pendant quelques jours, en sorte que si c'est la main, cette main ne peut lever et retenir le poids le plus léger.

Ces remarques, il faut me pardonner de les avoir faites et de les poursuivre dans leurs conséquences, ne tendraient-elles pas à confirmer l'opinion que, dans le rhumatisme et la goutte, ce sont spécialement les dernières ramifications des filets et cordons nerveux qui sont saisies par l'inflammation ? Sans cela, pourquoi un remède, qui agit surtout en résolvant tout engorgement, laisserait-il subsister deux jours de plus environ la maladie même des organes qui produisent la sensation de douleur ? Un phénomène analogue s'est passé, au reste, dans les deux phlegmons que j'ai traités par le nitre ; la douleur a persisté après la disparition des autres phénomènes, du gonflement, de la rénitence, de la tension, des battements de la tumeur, lesquels phénomènes ainsi ne

pouvaient, à cause de leur disparition ou de leur diminution très-grande, être accusés d'entretenir la sensation douloureuse.

On pourrait donc admettre, et cela est presque certain pour moi, que le nitre à haute dose a une action plus restreinte, plus lente, plus tardive sur les affections inflammatoires des tissus des cordons nerveux.

Cette remarque ne serait-elle pas encore fortifiée par cette autre observation, que les malades continuent à avoir leurs nuits fort agitées nonobstant que l'enflure inflammatoire des articulations soit à peu près complétement dissipée? nouveau signe, ce semble, que l'action du nitre est réellement plus restreinte et plus tardive à l'égard des souffrances de l'appareil cérébral et nerveux que sur les autres tissus.

Ce sujet prêterait encore à diverses réflexions; mais il faut passer cependant à une autre considération. Quelle est l'action du nitre et sur les fibres organiques et sur les humeurs ou le sang? Il est fort difficile de répondre. Cependant on peut en partie tourner la difficulté au moins sur un point. Toute inflammation un peu intense n'existe presque jamais sans une altération correspondante du sang qui présente alors une rutilance particulière, une chaleur plus vive, et une plasticité plus grande, ou au moins plus apparente que dans l'état normal; et dans l'hémoptisie, la rutilance, la plasticité et l'état écumeux du sang ont aussi quelque chose de remarquable. Eh bien! lorsque, dans ces maladies, le nitre est introduit à haute dose dans l'économie, il paraît être la seule cause que l'on puisse accuser d'un changement très-notable dans cet état du sang contenu dans les vaisseaux, ou rejeté de leurs cavités cylindriques. Ainsi les jeunes gens, et même les adultes, qui sont atteints de rhumatisme aigu, ou d'un accès de goutte, sont pris assez souvent d'épistaxis; et ce sang, même quand il coule très-peu abondamment, est loin d'avoir l'aspect rutilant, une chaleur et une coagulabilité normales; il a au contraire une couleur violacée ou un peu brune, une chaleur peu prononcée et une consistance et une cohésion sinon détruites, au moins très-affaiblies; il coule presque à la manière d'un liquide aqueux. J'ai bien regretté souvent de n'accorder aucune confiance aux phénomènes microscopiques que je puis observer par moi-même: aussi compté-je, à la première occasion, prier quelque médecin habile en ces sortes de recherches, d'examiner le sang que je pourrai lui remettre.

Est-ce réellement à l'action du nitre qu'il faut, avec les médecins italiens, rattacher un symptôme qui pourrait, à certains égards, être simplement attribué à l'acuité de la maladie? Je veux parler des frissons et d'une sensation intérieure de froid qui surviennent dans les premiers temps de l'administration du nitre. Ces frissons généraux, je les ai ren-

contrés, mais ils m'ont semblé être l'effet naturel, le symptôme fréquent, qui signale une maladie aiguë à son début. Toutefois les médecins italiens, hommes très-recommandables, inscrivent, je le répète, ce même symptôme, ou les frissons et le froid intérieur, comme surgissant à la suite d'une dose de nitre un peu élevée, non-seulement chez les individus malades, mais encore chez des sujets bien portants. Il pourrait donc être prudent de suspendre son opinion, puisque ce symptôme : froid intérieur et frissons, survient aux personnes en santé auxquelles on fait prendre une grande dose de nitre, c'est-à-dire aux personnes que l'on rend brusquement malades par ce sel de potasse ; car encore, dans ce cas, le frisson peut être rapporté à l'invasion de l'état morbide. Cependant il pourrait l'être aussi, en se représentant à l'esprit l'ignorance où l'on est de tant de choses, à l'action même du nitre sur l'économie, et à son action spéciale sur le sang, action qui à la fois est chimique sur le sang et les tisssus organiques, et dynamique ; de manière qu'il serait possible d'attribuer la sensation de froid, et à la modification de la constitution du sang, et à l'abaissement rapide de la température d'un corps livré à une pyrexie plus ou moins aiguë, ce qui doit être comparé à un changement très-rapide de condition d'existence.

Quoi qu'il en soit de l'action du nitre, chimique ou simplement dynamique, sur les tissus et le sang, ici se présente, car il faut bien essayer de se rendre compte de ce que l'on fait, une autre question qui est liée assurément avec celle qui vient d'être agitée un moment : comment le nitre pourrait-il amener promptement la résolution à la fois, et de l'affection locale avec engorgement de la partie, et d'un état morbide et fébrile général ? Serait-ce par une sécrétion de l'intestin suivie d'une évacuation abondante et séro-muqueuse ? Non, car si le tube digestif ne tolère pas les doses un peu élevées du nitre, il est irrité, évacué, purgé, et alors les effets résolutifs et curatifs du nitre ne se manifestent pas. Serait-ce par une sécrétion augmentée des urines ? Non, puisque les avantages du nitre à haute dose se déclarent avant l'accroissement des urines, qui se fait souvent attendre trois ou quatre jours, tandis que l'enflure inflammatoire, rhumatismale, goutteuse ou phlegmoneuse, etc., est déjà fort amoindrie, sinon tout à fait disparue, depuis un ou deux jours.

Je dois ajouter quelques mots sur les urines et leur sécrétion. En général l'urine, d'épaisse d'abord, de rouge brunâtre ou d'orangé foncé, avec ou sans dépôt muqueux, ou sédiment briqueté, ou rosacé, devient, par des changements successifs, d'une autre consistance, d'une autre couleur, d'une autre odeur, à mesure que la maladie s'affaiblit. Quand le malade est entièrement sous l'influence de la médication par le nitre à

haute dose, et quand il est avancé dans sa guérison, alors, et cela surtout dans les cas de rhumatisme aigu, l'urine se fait remarquer par un aspect particulier, par sa limpidité, sa transparence, et surtout par sa couleur pâle et vert d'eau. L'influence du nitre est apparente par cet aspect seul. Quelle est la composition de l'urine dans cette condition de l'économie, une analyse chimique pourrait seule l'apprendre.

On a parfois des sueurs abondantes et chaudes pendant les premiers jours de l'emploi du nitre à dose élevée; elles se montrent, non par l'effet de ce remède, mais nonobstant l'usage de ce remède; elles appartiennent au caractère même de la maladie rhumatismale ou goutteuse, la seule dans laquelle je les ai observées. Elles deviennent très-minimes au bout de deux à quatre jours, terme auquel l'affection récente d'une articulation est pour l'ordinaire dissipée, pourvu que le nitre à dose un peu élevée ait été convenablement administré.

Il est impossible de passer sous silence, dans cette exposition rapide de l'action du nitre à grande dose, une considération générale. Tout médecin peut saisir facilement un rapport très-grand entre la médication par le nitre dont je m'occupe, et celle par le tartre stibié, par divers autres sels et oxydes d'antimoine, médicaments auxquels je pourrais ajouter certaines potions salines qui ont été recommandées pour un autre usage par divers médecins; par exemple le sel marin à la dose de 3 à 4 gros dans l'hémoptisie, dans le rhumatisme, par Macbride, Cullen, etc., et encore probablement la potion purgative que l'on prépare avec la magnésie caustique et un sirop aqueux.

Or, puisque ces médicaments en général peuvent, par un certain mode d'administration, produire des effets qui, bien que divers à différents égards, ont cependant beaucoup d'analogie, et sont susceptibles d'être comparés, ne serait-il pas plus rationnel de croire qu'il y a dans tous quelque substance élémentaire de composition qui se comporte dans l'économie vivante avec tels ou tels matériaux immédiats du corps organisé de manière à déterminer des signes extérieurs qui sont ceux qu'on observe communément, résolution des engorgements inflammatoires, et accidentellement, quoique très-souvent, augmentation de quelque sécrétion, ralentissement du pouls, abaissement de la chaleur, etc.?

Puisqu'il en est ainsi, ne serait-il pas rationnel de tâcher, par des recherches de chimie organique, de découvrir quelle est cette substance ou quel est cet agent élémentaire de la composition médicamenteuse du tartre stibié, du nitre, etc., qui est essentiellement, spécialement efficace, afin de l'isoler dans une administration moins confuse de l'art médical? La science chimique qui se montre souvent, par ses interprètes naturels, grondeuse et dédaigneuse envers sa sœur la science médicale,

ne devrait-elle pas saisir cette occasion de prouver que, si elle réclame la supériorité pour ses méthodes d'investigation, elle peut manifester cette supériorité aussitôt qu'elle le veut? Voilà une occasion, qu'elle se mette à l'œuvre; le travail a sans doute ses difficultés, mais le résultat pratique, s'il est obtenu, sera plus digne d'elle qu'aucun de ceux qui ont eu pour objet l'invention de quelque matière mercantile.

Une remarque de médecine pratique se lie au reste à ce sujet. Il est pour moi hors de doute que l'administration du nitre à des doses élevées rencontre dans certaines constitutions atmosphériques, lesquelles ne sont nullement déterminées, je n'ai pas besoin de le dire, un obstacle plus ou moins fort et évident à ses effets sur l'économie vivante, dont il vient d'être traité. Cet insuccès du nitre, pendant une suite de plusieurs saisons ou même d'années, insuccès que je crois avoir observé dans les quatre à cinq années qui ont précédé 1832, et même en 1835, 36 et 37, ne saurait être regardé comme un indice qu'il ne se passe pas néanmoins quelque phénomène chimique profond, intime, en vertu d'un principe élémentaire, efficace dans le nitre, et de même encore dans les diverses préparations antimoniales, lorsque les uns ou les autres de ces médicaments sont introduits à dose forte dans l'économie d'une personne malade.

Peut-être même cette suspension, pour ainsi dire, de la puissance curative du nitre pendant une certaine durée de temps, et sous des conditions de l'atmosphère inconnues, inappréciées, serait-elle au contraire un signe assuré que l'action du nitre ne s'effectue pas, au moins en partie, sans l'intervention de phénomènes chimiques.

Quoi qu'il en soit de tout ce qui précède, je ne puis me figurer que je n'aie pas développé convenablement et avec quelque utilité cette demi-page malencontreuse du Conspectus des pharmacopées, qui a couru la chance de rester une lettre morte.

J'ai été mis dans la nécessité de rendre ce compte aux hommes qui, comme moi, font de la médecine l'étude de toute leur vie. Laisser croire que je n'avais renfermé rien de sérieux dans l'article concis sur le nitre, et dans le Conspectus des pharmacopées en entier, n'eût-ce pas été en quelque sorte faire l'aveu que j'avais manqué à tous les égards que je dois à des hommes honorables, respectables, en un mot à tout le public médical? Aussi j'adresse vraiment des remercîments, en cette occasion, à certains médecins qui sont restés muets sur mon travail de 1820, comme ils ont été muets d'ailleurs, dans la même circonstance, sur les travaux de beaucoup de médecins honorés.

H. Desportes

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS ACCIDENTELLEMENT INTRODUITS DANS LA VESSIE.

Par le docteur CIVIALE.

J'ai fait connaître dans mon *Traité de l'affection calculeuse* cent soixante-six cas de corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie, et qui étaient devenus, pour la plupart, des noyaux de pierre. Tant que la chirurgie n'eut pas d'autres ressources, en pareil cas, que l'opération de la taille, la marche à suivre était nettement tracée, du moins en théorie, car la pratique venait souvent révéler des difficultés imprévues. Les choses ont entièrement changé de face depuis l'introduction de la lithotritie, à laquelle nous devons d'autres moyens, dont la portée et l'application n'ont cependant point encore été appréciées comme elles devaient l'être.

Parmi les corps qu'une éventualité quelconque peut faire pénétrer dans la vessie, les uns sont ovoïdes, mous ou friables, susceptibles d'être écrasés, aplatis, ou extraits entiers; d'autres sont longs, mous, flexibles, aptes à se rouler, à se pelotonner, et peuvent être extraits, soit dans le sens de leur longueur, soit ployés, en quelque sorte pétris; il en existe enfin qui sont longs, rigides, inflexibles, et qu'on ne peut extraire que dans le sens de leur longueur, qu'on est même quelquefois obligé de morceler. Si à ces particularités on joint celles qui concernent le volume, la configuration, la dureté, la longueur des corps étrangers, le séjour qu'ils ont fait dans la vessie, le degré d'irritation et l'étendue des désordres qu'ils y ont causés, la quantité de matière calculeuse déposée à leur pourtour, etc., il sera facile de comprendre que l'emploi des moyens curatifs doit présenter d'infinies modifications.

Mais, avant de songer au traitement, il faut établir le diagnostic d'une manière rigoureuse. Les moyens d'exploration dont on disposait avant la découverte de la lithotritie étaient incapables de fournir les renseignements dont le praticien a besoin ici. Il n'est donc pas surprenant que, jusqu'aux temps les plus rapprochés de nous, cette partie intéressante de la chirurgie ait laissé beaucoup à désirer. Constater la présence d'un corps étranger dans la vessie ne suffit effectivement pas; il faut saisir ce corps, et en déterminer la forme, le volume, si l'on veut parvenir à l'extraire sans violenter les organes. Presque toujours les malades four-

nissent d'utiles renseignements sur ce qui concerne ses qualités physiques, mais ils ne sauraientrien nous apprendre sur les dispositions particulières qu'il peut avoir acquises, si son séjour dans les voies urinaires a duré quelque temps. Or, en pareille circonstance, les bougies seront pelotonnées, les sondes flexibles seront courbées et ployées en divers sens, d'autres corps auront éprouvé un ramollissement, enfin les dépôts qui se seront accumulés à la périphérie de tous ces objets, leur auront fait prendre des formes et un volume qu'on ne saurait calculer d'avance. Il faut donc que le moyen d'exploration auquel on a recours soit propre à préciser les vagues données de l'induction. Sous ce point de vue, le trilabe a une supériorité incontestable.

Quant aux moyens d'extraction et de morcellement, il me suffira de rappeler ici qu'avec le trilabe ou le bilabe j'ai retiré de la vessie un haricot, un pois, les barbes d'un épi, une tige de plante, un fétu de paille, des sondes, des bougies et un tube de baromètre. Je me suis également servi avec avantage d'un petit lithoclaste à cuillers larges et évasées, et de l'instrument fénêtré. Quant aux instruments spéciaux qu'on a proposés récemment, et dont on a fait un pompeux éloge, j'avoue qu'aucun ne m'a paru préférable à ceux dont l'expérience m'a constaté l'efficacité.

Quatre nouveaux faits sont venus depuis peu accroître le nombre de ceux dont j'ai déjà publié les détails en d'autres temps.

J'ai eu occasion, en mars 1843, de me servir d'un petit lithoclaste à mors plats, pour extraire de la vessie une sonde qui s'était rompue vers le milieu de sa longueur. Pendant plusieurs jours on avait fait d'inutiles tentatives pour débarrasser le malade, qui prit enfin le parti de venir à Paris. Il me fit un exposé exact de l'état dans lequel il se trouvait, de sorte que je n'eus qu'à combiner les moyens à mettre en usage. A l'aide d'un petit lithoclaste je saisis immédiatement la sonde par le bout, et, après l'avoir fixée d'une manière solide, en rapprochant les branches au moyen de l'écrou brisé, je procédai à l'extraction. L'instrument ainsi chargé fut retiré avec lenteur; mais, parvenu vers le milieu de la portion spongieuse de l'urètre, j'éprouvai de la résistance, effet d'une coarctation organique. Cependant je tirai lentement sur le lithoclaste, qui parvint à franchir le point rétréci, mais qui n'amena que la portion de sonde embrassée par ses branches; le reste demeura dans le canal derrière le rétrécissement. Je m'aperçus alors, mais trop tard, que je n'avais pas fait attention à deux circonstances fort importantes. D'abord, il existait, vers le milieu de la partie mobile de l'urètre, un rétrécissement long, dur et peu dilatable. En second lieu, la sonde, qui avait

séjourné quinze jours dans la vessie, était tellement détériorée qu'elle se déchirait avec la plus grande facilité.

Le rétrécissement n'était pas assez avancé pour s'opposer à l'introduction d'une sonde ordinaire, car je ne l'aperçus pas lors de la première introduction. Le lithoclaste, un peu plus gros que la sonde, m'apprit bien qu'une portion du canal avait perdu son élasticité et sa souplesse normales, et, l'instrument introduit, il me fut facile de découvrir, dans le point correspondant des parois urétrales, des nodosités et une induration fort étendue. Mais je n'entrevis là qu'une cause de douleurs passagères pendant l'extraction de la bougie. Je n'avais pas prévu que celle-ci serait altérée au point de se rompre; je devais même craindre d'autant moins cet accident, que la portion de sonde restée dans le canal venait immédiatement après l'extrémité du lithoclaste, formant un volume à peu près double du sien. Mais la décomposition de cet instrument était si avancée, que la pression entre les doigts la réduisait en une espèce de pulpe.

Je n'eus donc que tardivement une idée de toutes les difficultés qui allaient se présenter. En premier lieu, la coarctation urétrale gênait la manœuvre, qu'il fallait d'ailleurs exécuter dans la partie la moins dilatable du canal. On pouvait, il est vrai, retirer quelques avantages du toucher; mais l'expérience m'avait appris déjà qu'on s'est exagéré l'utilité de cette ressource en de telles circonstances, bien qu'il faille ne pas les négliger.

Quand on opère dans l'urètre pour saisir un corps dur, la résistance de celui-ci, lorsqu'il est en contact avec un instrument quelconque, sert de guide pour diriger les branches entre lui et les parois du canal; on aperçoit de la même manière la véritable position du corps étranger, et le point par lequel il a été saisi, ce qui est de la plus haute importance. Ici, je me trouvais privé de tous ces avantages; j'avais affaire à un corps non-seulement mou, mais encore pourri, dont le contact avec l'instrument procurait une sensation si confuse, qu'on pouvait à peine distinguer si ce dernier s'appliquait sur la sonde ou sur les parois du canal. Après quelques tâtonnements néanmoins, je parvins, avec une pince à deux branches, à saisir l'extrémité de la bougie; mais, cette fois encore, elle se rompit, et je n'en ramenai que la portion contenue entre les branches. J'eus ensuite recours au crochet, instrument dont l'utilité est depuis longtemps établie pour l'extraction des petits calculs ou des éclats de pierre engagés dans la partie mobile de l'urètre. A chaque tentative je ramenais quelques parcelles de sonde; mais il eût fallu un temps considérable pour terminer ainsi l'opération, qui d'ailleurs pouvait fatiguer l'urètre. Je songeai donc à d'autres moyens.

De nouvelles difficultés m'attendaient. Je ne pouvais laisser la sonde dans le canal, car le malade n'aurait point uriné. Il fallait donc la repousser. Mais la coarctation urétrale rendait cette manœuvre très-difficile, sinon impossible. Ordinairement on fait rentrer dans la vessie un corps engagé dans l'urètre, en ayant recours à une forte colonne d'eau lancée avec précipitation, à une grosse sonde à peu près cylindrique, ou à un gros instrument de lithotritie. Mais d'abord ces moyens n'ont une pleine efficacité qu'autant que le corps étranger n'a pas franchi l'arcade pubienne, qu'il se trouve dans la partie membraneuse ou prostatique du canal, tandis qu'ici la sonde était arrivée jusqu'à trois pouces du méat urinaire : ensuite le rétrécissement s'opposait à ce qu'on l'employât. La sonde que la coarctation laissait pénétrer n'avait pas assez de volume pour remplir le canal derrière le point rétréci ; elle glissait même sans difficulté entre le corps étranger et les parois urétrales. L'injection lancée avec force ne réussit pas, et comme le malade ne rendait pas le liquide injecté, la vessie fut bientôt remplie.

On voit, d'après ces détails, combien de difficultés peut offrir une pratique qui paraît si simple, si facile quand on a lu quelques faits récemment publiés.

Il fallait cependant sortir de l'embarras où je me trouvais. Je sais combien peuvent être sérieuses les conséquences d'une incision pratiquée aux parois de l'urètre, au niveau de l'insertion du scrotum ; c'était là un moyen extrême auquel je ne devais recourir qu'à la dernière extrémité. Mon premier soin fut de ménager une issue facile aux urines, par l'introduction d'une sonde flexible dans la vessie. Je choisis la plus grosse que la coarctation me permît d'employer. Dès que le rétrécissement fut franchi, et que les deux sondes se rencontrèrent, j'appliquai le pouce et l'indicateur de la main gauche sur le point correspondant de l'urètre, pendant qu'un aide allongeait la verge, en tirant sur le gland ; par la double pression en arrière, et de la sonde et des doigts, je parvins à repousser le corps étranger jusque dans la partie membraneuse ; l'instrument, passant ensuite entre lui et les parois très-dilatables de cette portion du canal, parvint aisément dans la vessie. Le doigt introduit dans le rectum fit reconnaître la saillie que formait le corps étranger, mais je ne me préoccupai pas de son séjour en cet endroit, sachant par expérience qu'il ne pouvait point avoir d'inconvénients graves pendant les trois ou quatre jours dont j'avais besoin pour dilater le point rétréci de l'urètre.

Ces différentes manœuvres durèrent près de trois quarts d'heure ; mais je procédai avec tant de ménagement qu'à peine excitèrent-elles un mouvement fébrile. La première sonde fut remplacée, le lendemain

et les jours suivants, par d'autres de plus en plus grosses, et le quatrième jour, après que j'eus retiré la troisième sonde, le corps étranger fut extrait avec la plus grande facilité. Là se termina une opération qui m'avait donné quelque souci, qui surtout m'avait fait regretter de m'être trop préoccupé de l'affaire principale et de n'avoir pas consacré assez d'attention à des circonstances qui, pour être accessoires, n'en exercent pas moins une grande influence; celle-ci eût pourtant été facile à combattre : il suffisait d'examiner avec une grosse bougie si toutes les parties des parois de l'urètre possédaient leur souplesse normale; le rétrécissement une fois reconnu, au lieu de procéder immédiatement à l'extraction du corps étranger, il aurait fallu placer une sonde à demeure, c'est-à-dire commencer par où j'ai fini.

Ce fait, confirmatif de beaucoup d'autres, constate chez les malades une déplorable indifférence eu égard à la qualité des sondes dont ils font usage, et chez plusieurs fabricants une cupidité coupable: la concurrence les entraîne à verser dans le commerce des instruments de mauvaise qualité, qui deviennent cause de malheurs.

Un cas analogue, mais beaucoup plus simple, s'est offert à moi en novembre 1843. Un adulte, habitué à faire usage de sondes flexibles pour vider sa vessie, fut tout surpris, dans un voyage qu'il avait entrepris, de ne retirer que la moitié de l'instrument. On s'empressa d'appeler le chirurgien du lieu, qui fit quelques tentatives inutiles, et engagea le malade à se rendre sur-le-champ à Paris. Les fatigues de la route et les difficultés croissantes d'uriner avaient produit une perturbation considérable. J'étais absent lorsqu'on m'envoya chercher, et le malade parvint à se faire uriner au moyen d'une autre sonde, de sorte que je le trouvai assez tranquille, sauf l'inquiétude et la douleur que lui causait le corps étranger. J'introduisis sans difficultés un petit trilabe; à peine cet instrument fut-il ouvert dans la vessie que la sonde s'engagea entre les branches; elle fut saisie par le bout du côté de la cassure, je fermai l'instrument, et dès que les branches furent appliquées avec force sur le corps étranger j'en fis l'extraction. L'opération entière ne dura pas cinq minutes, le bout de sonde avait quatre pouces et demi de long.

Un autre fait, en tout semblable, s'était présenté peu de temps auparavant. Un habitant de Saint-Quentin faisait depuis longtemps usage de sondes pour uriner; une de ces sondes vint à se rompre, et il en resta un bout de vingt et une lignes dans la vessie. Le malade effrayé vint aussitôt à Paris, et dès le lendemain je le débarrassai du corps étranger. La vessie était inégale, et la prostate tuméfiée; j'eus recours à un petit lithoclaste courbe dont je me sers pour les enfants. La sonde fut saisie

près de sa petite extrémité. L'extraction causa un peu de douleurs ; cependant le malade n'éprouva aucun accident.

Dans ces deux cas, le hasard m'avait servi ; car les deux bouts de sonde furent saisis d'emblée par le point le plus favorable, du moins quant à la première, qui se trouva parfaitement placée entre les branches du trilabe ; la seconde dépassait d'environ une ligne la circonférence de l'instrument, mais elle ne faisait pas assez de saillie pour l'empêcher de cheminer. On ne peut pas espérer toujours un même bonheur. Dans plusieurs cas il m'a fallu de longs tâtonnements pour parvenir à placer convenablement la sonde dans la pince : une fois même elle sortit en double, je n'avais pu la saisir par le bout.

Les mêmes difficultés se sont présentées dans le cas suivant. Un jeune homme travaillant dans un atelier de peinture, ses camarades l'attachèrent à une échelle, et lui introduisirent par l'urètre, jusqu'à la vessie, une portion de manche de pinceau, ayant environ trois pouces de long, sur deux lignes et demie de diamètre. La présence de ce corps étranger dans la vessie donna bientôt lieu à des accidents, qui déterminèrent le jeune malade à réclamer mes soins. Je m'assurai d'abord que le morceau de bois n'était plus dans l'urètre ; sa présence dans la vessie fut constatée à l'aide d'une sonde. Deux procédés se présentaient pour l'extraire : le retirer après l'avoir saisi par l'une de ses extrémités avec un petit lithoclaste ou un trilabe; l'écraser, le morceler à l'aide d'un fort lithoclaste fénêtré. C'est au premier mode que je donnai d'abord la préférence, avec d'autant plus de raison que le volume du corps à extraire était peu considérable, et que ce corps n'ayant pas séjourné plus de huit jours dans la vessie, on ne devait pas craindre une forte incrustation. Je me servis d'abord d'un petit trilabe ; le corps fut saisi de suite, mais en travers, ce dont je fus averti par la difficulté de faire pivoter le trilabe, surtout après avoir essayé de le retirer au point que le morceau de bois fut en contact avec l'orifice interne de l'urètre. Je lâchai donc ce corps qu'une seconde fois je saisis près d'une extrémité, ainsi que je m'en assurai en faisant tourner l'instrument sur lui-même, après avoir fixé la pince de manière à ce que le morceau de bois ne pût échapper, j'essayai de le retirer ; le col de la vessie fut franchi ; mais il y eut de la résistance dès que le corps parvint dans la partie membraneuse de l'urètre. Cette résistance, contre laquelle je me gardai bien d'employer la force, pouvait tenir ou à ce que l'extrémité du bois venait s'arcbouter contre les parois du canal, ou à ce que le bout était placé dans la pince d'une manière un peu oblique, et faisait avec la tige du trilabe un angle d'autant plus grand que ce bout était lui-même plus long. La facilité avec laquelle le col de la vessie venait d'être franchi me donnait

la certitude que la seconde de ces deux hypothèses était la seul vraie. Toutefois il me parut imprudent d'exercer une forte traction, d'autant plus que le bois, n'étant pas flexible, ne se serait pas redressé dans le canal, et en aurait peut-être distendu les parois outre mesure, ce que je voulais surtout éviter. Je pris donc le parti de repousser l'instrument chargé; il rentra aisément dans la vessie, et pour ne pas fatiguer le malade j'ajournai l'opération.

Huit jours après, je fis une nouvelle tentative avec un petit lithoclaste. Elle ne fut pas plus heureuse que la première. Plusieurs fois le bois fut saisi en travers; une fois seulement je crus l'avoir pris par le bout, mais une portion de son extrémité dépassait l'instrument et butait contre les parois urétrales.

A une troisième reprise, qui eut lieu une semaine plus tard, je me servis d'abord d'un trilabe à crochets très-courts et à branches fortes, disposition qui mérite la préférence dans les cas de ce genre. Le bois fut constamment saisi par le milieu, ou du moins il ne le fut pas par le bout, condition indispensable pour le succès de l'opération.

Je ne crus pas devoir insister davantage sur le procédé que j'avais d'abord adopté, dans l'espoir que le hasard me servirait, et je pris le parti d'écraser le morceau de bois à l'aide d'un fort lithoclaste fenêtré; mais je reconnus bientôt qu'il était mâché sans être coupé; des portions s'étaient même interposées latéralement entre les branches mâle et femelle de l'instrument, de sorte que j'avais de la peine à fermer et à ouvrir celui-ci, et qu'un instant je craignis de ne pouvoir le dégorger. La possibilité d'un tel événement me préoccupa beaucoup. Mon unique soin fut alors de triturer la portion de bois embrassée par les branches du lithoclaste par des mouvements répétés de va-et-vient de ces branches; la manœuvre devint de plus en plus libre; l'instrument se fermait et s'ouvrait sans gêne; il était dégagé, et il ne ramena en effet qu'un petit éclat de bois très-mince. Ni le malade ni les assistants ne s'aperçurent de l'anxiété que j'avais éprouvée. Dès que le sujet eut quitté la salle d'opération, je fis comprendre aux personnes qui m'entouraient que mes craintes n'avaient rien d'exagéré. Dans les lithoclastes, la branche femelle n'est destinée à supporter aucun effort latéral; on conçoit donc qu'un éclat de bois, en partie écrasé mais non rompu, se plaçant sur les côtés de la branche mâle, peut, lorsqu'on pousse celle-ci, forcer l'instrument, ou même le rompre, en poussant de dedans en dehors les lames assez minces de la branche femelle; on conçoit également qu'un corps à tissu résistant fibreux, comme le bois ramolli par l'urine, puisse se placer dans le lithoclaste de manière à n'en pas être aisément chassé. Mais ce qui était possible n'arriva pas; je retirai l'instrument sans dif-

ficulté. Le malade n'eut point de douleurs, et n'éprouva aucun accident. Je me mis en mesure de n'avoir plus désormais de pareilles craintes.

Je fis construire un lithoclaste dont les deux parties de la branche femelle sont plus épaisses : au lieu des dents dont la branche mâle est armée dans les instruments ordinaires, je fis pratiquer deux tranchants séparés l'un de l'autre par une gouttière profonde. Les tranchants et la gouttière, parallèles à l'instrument, occupent toute la longueur de la partie courbe. Avec cet instrument, qui agit à la manière d'un emporte-pièce, on n'a rien à craindre : le morceau de bois ou tout autre corps analogue est coupé net sans être mâché ; et chaque coupe fait trois morceaux, dont celui du milieu a la longueur de l'intervalle qui sépare les deux lames de la branche femelle. Cet instrument ne fut pas employé chez mon malade. Le lendemain de l'opération il rendit en urinant deux portions de bois dont une plus longue formait l'un des bouts du morceau ; l'autre avait été mâchée par l'instrument. Ces deux portions sortirent sans fatiguer le malade. Quelques jours après, le dernier morceau s'engagea dans la partie membraneuse de l'urètre ; j'essayai de l'extraire. Ne l'ayant pas saisi à la première tentative, je retirai le petit lithoclaste urétral qu'il suivit de lui-même. Le malade me parut en ce moment débarrassé ; et il jouit d'une santé parfaite. Toute la surface du bois avait commencé à s'incruster.

Le nouvel instrument que j'avais fait construire m'a servi à faire une série d'expériences qui prouvent qu'on pourra s'en servir utilement toutes les fois qu'il s'agira de morceler un corps long, flexible ou rigide, qu'on n'aura pu extraire entier.

Quand on a des débris calculeux ou des corps étrangers à extraire de la vessie, il n'est pas indifférent d'employer un lithoclaste à pignon ou à écrou brisé. Celui-ci mérite la préférence : non-seulement la manœuvre est plus prompte et plus facile pour comprimer et au besoin écraser le corps dont le volume rend l'instrument trop gros pour traverser l'urètre, mais encore, au moment où l'on procède à l'extraction, l'action de l'écrou maintient les branches de l'instrument dans une immobilité parfaite. On n'a pas à craindre que le corps s'échappe, et de plus on a les deux mains libres, tandis qu'avec un autre instrument, l'une d'elles est occupée à empêcher le déplacement des branches.

Je rappellerai aussi que quand on se sert du trilabe, les deux mains du chirurgien sont également libres : la vis de pression de la gaîne est destinée à empêcher tout déplacement de l'appareil.

Le dernier fait que je viens de citer constate une particularité que j'ai observée fort souvent, savoir la tendance de la vessie à expulser les corps étrangers dont la présence fatigue et irrite, soit elle-même, soit

l'urètre. Les heureux effets de cette disposition se manifestent surtout lorsque la vitalité de l'urètre a été modifiée par le traitement auquel je suis dans l'usage de soumettre les calculeux avant de les lithotritier. Et les corps étrangers ne sont pas chassés par la seule action de la colonne d'urine que lance la vessie, car je me suis maintes fois assuré qu'ils cheminent vers le gland dans les intervalles compris entre les moments dans lesquels l'organe se débarrasse de son contenu. Il y a bien loin de ces observations, dont vingt années d'expérience me garantissent la justesse, aux opinions généralement admises sur la manière dont les corps étrangers placés dans l'urètre parviennent dans la vessie.

Je ne m'arrêterai pas à faire ressortir l'inutilité de tous les moyens qu'on a proposés récemment pour faciliter la rencontre ou la préhension des corps étrangers dans la vessie. Il me suffira d'en citer un. M. Ségalas, ayant fait inutilement de nombreuses recherches pour trouver un fragment de sonde flexible, long de trois pouces, qui avait servi de noyau à un calcul, et qui était encore incrusté quand on le retira, imagina de pratiquer *des injections d'eau et d'air à la fois*, espérant que le corps étranger surnagerait. C'est à ce moyen qu'il attribue d'avoir pu enfin le découvrir. Évidemment il s'est fait illusion. J'en dirai autant de quelques modifications apportées par lui à une pince à deux branches qu'il prétend être devenue ainsi supérieure à toute autre. Cette pince est comme plusieurs autres instruments analogues, avec lesquels on réussit quand le hasard place convenablement le corps étranger.

Pour ce qui regarde la manière de procéder, on use généralement trop de violence; on ne réussit pas; les malades éprouvent de graves accidents; quelques-uns même succombent, et l'on met sur le compte de la méthode ce qui est la conséquence de mauvaises manœuvres, puis l'on dit que la taille est la seule ressource de l'art dans la plupart de ces cas. En effet, M. Mayo l'a pratiquée en 1830 pour retirer un bout de sonde. Dupuytren l'a faite quatre fois, M. Roux y a également eu recours. D'autres chirurgiens, chez nous et à l'étranger, ont agi de même, soit d'emblée, soit après avoir essayé en vain de retirer le corps étranger par l'urètre. Il n'est pas douteux pour moi que les tentatives d'extraction avaient échoué parce qu'on avait fait choix de mauvais instruments, ou parce qu'on s'y était mal pris. On tomberait dans l'erreur si l'on voulait juger cette partie de la lithotritie d'après les résultats obtenus par des praticiens qui sont plus familiers avec le bistouri qu'avec le trilabe ou le lithoclaste, et qui pensent faire mieux en soumettant le malade à la taille, sans même songer que cette opération peut offrir alors de très-grandes difficultés. CIVIALE.

SUR L'EMPLOI DES INJECTIONS CHLORURÉES DANS CERTAINS CAS D'ABCÈS A SUPPURATION FÉTIDE.

Par le docteur PAYAN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

L'expérience a depuis longtemps démontré aux hommes qui s'occupent de l'art de guérir, que l'ouverture des vastes foyers purulents était, dans certaines circonstanees, accompagnée de graves accidents par suite de l'accès de l'air dans la cavité abcédée. Par l'influence du fluide atmosphérique, en effet, le pus, qui naguère était de bonne nature, comme on dit vulgairement, c'est-à-dire, d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, homogène, lié, crèmeux, sans mauvaise odeur, se décompose et s'altère, devient trouble, plus liquide, et acquiert une odeur très-fétide. Il est alors un irritant très-énergique, portant son action pernicieuse sur les parois de l'abcès, qui par suite s'enflamment et sont très-douloureuses. Les bourgeons charnus qui se trouvent sur l'ouverture de l'abcès deviennent pâles, blafards et très-sensibles. En même temps une fièvre intense se déclare et s'accompagne d'une chaleur vive de la peau et d'un trouble des diverses fonctions. Et, si on ne cherche pas à faire cesser ces désordres, ou si on ne peut les arrêter, les symptômes s'aggravent plus encore, et une fièvre de résorption purulente s'établit : alors les malades maigrissent rapidement; leur peau se dessèche, s'écaille, prend un aspect terreux ; le pouls conserve encore une fréquence exagérée, et les malades tombent plus ou moins rapidement dans un état de marasme qui vient terminer la scène. C'est ce qu'on voit fréquemment survenir à la suite des abcès par congestion, mais ce qu'on peut remarquer aussi après l'ouverture d'autres vastes abcès, de ceux surtout de la région abdominale, qui, situés dans le voisinage des intestins, ont par là même une nouvelle cause de putréfaction du pus qui s'ajoute à celle de l'air atmosphérique.

On connaît la diversité des opinions qui ont été soulevées pour expliquer la cause de la gravité des accidents qui se manifestent dans ces circonstances. Les uns, et c'est le plus grand nombre, ont attribué ces désordres à la fermentation putride ou à l'altération du pus, dans les poches abcédées, par l'influence de l'air atmosphérique ; les autres ont cru devoir rapporter ces mêmes accidents à l'inflammation des parois de l'abcès, ou plutôt de la vaste membrane pyogénique qui les tapisse, l'altération du pus étant dans ce dernier cas consécutive, tandis que dans le premier elle était cause productrice. Quant à nous, qui n'avons pas en ce moment la prétention de vouloir discuter la valeur des arguments qui se rapportent à ces deux opinions, mais qui désirons seulement pré-

senter quelques considérations pratiques, nous déclarerons cependant qu'il nous paraît démontré que l'altération du pus par l'accès de l'air est la cause première de tout le mal ; que l'inflammation de la membrane pyogénique n'en est que l'effet, et que l'indication la plus importante et la plus pressante est de modifier ces qualités fâcheuses du pus, en recourant aux moyens propres à prévenir sa décomposition et sa putréfaction, ou à l'arrêter si déjà elle était survenue.

C'est le but que cherchent sans doute à atteindre les médecins qui sont dans l'habitude de faire laver l'intérieur des abcès avec des décoctions émollientes qu'on y injecte. Mais ce résultat n'est qu'incomplétement obtenu ; car, susceptibles elles aussi de fermentation, ces décoctions ne tardent pas à se décomposer par leur contact avec le pus.

Mais ce qu'il est bien mieux d'employer alors, ce que l'observation nous a démontré comme le plus avantageux dans ces circonstances, ce sont les injections avec les solutions de chlorure de chaux ou de soude. Désinfectants précieux si fréquemment employés par l'hygiène et dans les arts, les chlorures sont entrés aussi dans le domaine de la thérapeutique ; elle en a retiré et elle en perçoit tous les jours de grands avantages. Toutefois une des applications les plus favorables qu'on puisse en faire, c'est de recourir à eux pour modifier et corriger la viciation du pus, et pour prévenir ou pour faire cesser les pernicieux effets qu'elle peut occasionner sur l'économie. Employés plusieurs fois par nous contre les suppurations fétides, nous n'avons eu qu'à nous louer de leur usage : ils enlèvent au pus sa mauvaise odeur, ainsi que ses propriétés irritantes et délétères ; la suppuration ne tarde pas à reprendre ses qualités normales, et les accidents de fièvre et de résorption purulente même se dissipent souvent avec une rapidité vraiment surprenante, quand la maladie n'est pas au-dessus des ressources de l'art par sa nature ou par les lésions existantes déjà.

Nous donnons la préférence au chlorure de soude liquide de Labarraque, parce qu'il est plus facile d'évaluer ses proportions. C'est un mélange d'une partie de chlorure sur dix-huit ou vingt parties d'eau que nous faisons injecter en commençant. Ce lavage est répété à chaque pansement. Il constitue un excellent mondificatif ou détersif.

Voici quelques observations détaillées qui feront mieux encore connaître notre pratique à ce sujet :

Obs. I. En septembre 1836, on amena à l'Hôtel-Dieu d'Aix un jeune homme qui était souffrant depuis une huitaine de jours. Il se plaignait d'une douleur siégeant à l'abdomen vers le flanc droit jusqu'à la région lombaire. Cette partie, douloureuse à une pression même modérée, présentait une tuméfaction légère qui reportait un peu en dehors la région

sous-costale. Une rougeur à peine sensible, et qui n'était pas en rapport avec la douleur pongitive de la partie, nous indiquait la présence d'un phlegmon profond, dont nous avions à redouter la terminaison par suppuration. Il y avait en même temps fréquence du pouls, chaleur âcre de la peau, soif intense, constipation, urines rares.

La première indication était donc de combattre d'une manière vigoureuse la marche de cette affection phlegmoneuse. C'est dans cette vue que cinquante sangsues furent appliquées en trois jours sur la partie enflammée : des cataplasmes émollients étaient aussi tenus sur le siége du phlegmon. Cependant la maladie n'en continua pas moins ses progrès et sa marche.

Ainsi, le 14 septembre, cinquième jour de son entrée, le malade était dans une anxiété remarquable ; la peau était chaude, ardente, sèche ; les traits de la figure contractés, le pouls d'une fréquence extrême, la soif vive. Le côté droit de l'abdomen était tendu, très-douloureux, mais sans changement notable de la couleur de la peau : on pouvait déjà remarquer cet empâtement des parties molles qu'on s'accorde généralement à regarder comme un signe d'une suppuration profonde ; il n'était pas possible par l'exploration de la tumeur de reconnaître d'une manière certaine la fluctuation qui indique une collection purulente.

Comme cependant la marche de la maladie nous avait offert tous les indices d'un phlegmon profond ; comme, de vive, de tensive qu'elle avait été d'abord, la douleur était devenue gravative, pulsative ; comme l'empâtement, l'œdème de la peau qui recouvrait le phlegmon étaient très-manifestes, et que d'autre part des accidents graves se manifestaient, on dut reconnaître à ces signes l'existence d'une suppuration profonde qu'il devenait pressant d'évacuer, tant à cause de l'état d'angoisse du patient, que de la crainte que l'on pouvait avoir que l'ouverture de l'abcès ne s'effectuât dans la cavité abdominale. Un bistouri droit à lame étroite fut donc plongé par ponction dans la tumeur et pénétra juqu'à environ un pouce et demi ou deux pouces. Alors du pus commençant à se faire jour du côté de la lame de l'instrument, et l'évidence de l'abcès devenant dès ce moment incontestable, nous agrandîmes l'incision pour que le pus pût aisément sortir de sa profonde cavité. Une abondante évacuation de matière eut lieu : nous en évaluâmes la quantité à plus d'un demi-litre. Ce pus, quoique bien lié, était d'une odeur repoussante, analogue à l'odeur *sui generis* des gros intestins. Cette circonstance et la profondeur du foyer nous firent augurer, et je crois avec raison, que la collection s'était effectuée entre les muscles abdominaux et le péritoine que l'inflammation devait avoir épaissi.

Un soulagement rapide suivit cette abondante évacuation : la fièvre

s'apaisa, un doux sommeil s'empara du malade pour réparer les insomnies des nuits précédentes. — Nous n'étions pas pourtant sans craintes sur les suites de cette abondante évacuation de pus. — Grand cataplasme, bouillon.

Le lendemain, 15 septembre, le pus est devenu jaunâtre, plus liquide et l'odeur en est fétide : fièvre modérée. — Continuation du cataplasme, bouillon.

16 septembre, troisième jour de l'ouverture de l'abcès. — La fièvre a pris de l'accroissement ; la peau est très-chaude, âcre au toucher ; le pouls est précipité ; la figure crispée, les lèvres et la bouche sont devenues sèches : les bords de l'incision de l'abcès sont blafards et très-sensibles : la partie de l'abdomen qui était le siége de l'abcès est douloureuse, et, quand on la presse, on fait sortir de la plaie du pus mal lié, fétide, avec des bulles gazeuses.

Nous ne vîmes rien de bien rassurant dans la manifestation de ces symptômes, qui étaient évidemment dus à la putréfaction du pus par l'accès de l'air : nous avions à craindre que la flogose locale et la réaction générale qui en serait la conséquence n'occasionnassent quelque terminaison funeste. L'indication nous paraissait donc exister d'arrêter le mal par des injections antiputrides et désinfectantes. Dans ce but, nous fîmes remplir une seringue d'un demi-litre de capacité d'eau tiède chlorurée à un vingtième avec le chlorure liquide de soude de Labarraque; puis, à l'aide d'une canule en gomme élastique, dont une des extrémités tenait à la seringue, tandis que l'autre était plongée dans la cavité abcédée, nous injectâmes ce liquide. Un cataplasme émollient fut ensuite placé sur la partie correspondant à l'abcès.

Le même jour, à quatre heures du soir, nous revoyons le malade : il est déjà mieux ; la douleur du côté a été moins violente, la fièvre a diminué d'intensité. Ayant découvert la plaie, nous reconnaissons que le pus est plus lié, moins infect. Le malade s'aperçoit de l'heureux changement qui s'opère en lui. — Je renouvelle l'injection.

17 septembre. — L'odeur putride de la suppuration a presque totalement disparu : les bords de l'incision ont quitté leur couleur blafarde et ont perdu leur vive sensibilité ; le pus est aussi moins abondant : traits de la figure plus naturels, calme du pouls, repos. — Continuation des injections les jours suivants, en augmentant un peu la proportion du chlorure.

La progression vers le mieux fut dès ce moment manifeste ; le pus diminuait tous les jours de quantité, la cavité se rétrécissait à vue d'œil, et en même temps toutes les fonctions se rétablissaient peu à peu.

Le 30 septembre, le malade quitta l'hôpital, il était complétement guéri.

Nul doute à nos yeux que, dans cette circonstance, nous n'ayons dû aux bons effets des injections chlorurées la cessation des symptômes qui apparaissaient si menaçants.

Obs. II. Dans le mois de septembre 1839, un jeune homme d'Aix, s'étant laissé tomber de dessus une chaise sur la fesse gauche, s'y fit une assez violente contusion avec épanchement sanguin, — fomentations résolutives.

Au troisième jour de l'accident, gonflement douloureux de la partie blessée, fièvre. — Vingt sangsues à la fesse meurtrie, cataplasmes émollients.

Le sixième jour, tuméfaction de la fesse augmentée, douleur pulsative, fluctuation, apparence d'une collection assez considérable. — Une incision est faite à la partie la plus saillante de la fesse : il en sort une bonne quantité de pus sanguinolent. — Mieux momentané, cataplasmes.

Le surlendemain de cette évacuation, la suppuration devient d'une odeur très-fétide ; toute la fesse est très-douloureuse, une inflammation violente s'est emparée de la paroi interne de l'abcès ; la fièvre est intense, la peau sèche, la chaleur âcre, l'appetit nul, la soif vive. — Tisane acidulée, cataplasmes émollients.

Le troisième jour de l'ouverture de l'abcès, continuation de l'intensité de la fièvre, anxiété plus forte encore, peau toujours brûlante, douleur de la fesse excessive, suppuration toujours fétide, traits de la figure exprimant la souffrance.

Convaincu que la fermentation du pus altéré par l'air était la cause de tous ces désordres, je n'hésitai plus à combattre directement cette source d'irritation et de fièvre, en enlevant au pus ses propriétés pernicieuses, par l'usage des injections désinfectantes. — Injection chlorurée à un dix-huitième, continuation des cataplasmes.

Nous en étions à peine au lendemain et à la troisième injection, que déjà une amélioration notable était produite : la fesse était peu douloureuse, le pus était redevenu normal, presque inodore, et la figure avait déposé cet air de souffrance qui était si expressif la veille.

Ces injections furent continuées pendant quelques jours encore à chaque pansement. La cicatrisation fut complète au quatorzième jour de l'ouverture de l'abcès. Si le malade séjourna plus longtemps à l'hôpital, ce fut à cause d'une autre maladie qui n'avait aucun rapport avec la blessure de la fesse.

A ces deux observations je vais en joindre une troisième, relative à un énorme abcès par congestion, où l'action pernicieuse de l'air sur la vaste membrane pyogénique fut heureusement combattue par l'action des chlorures.

Obs. III. Le nommé Pascal, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, avait été pendant près de quatre ans fréquemment maladif. Ainsi, pendant ce laps de temps, j'avais eu à le traiter d'un lumbago chronique, d'une hydropisie ascite, etc. J'avais ensuite perdu cet homme de vue, lorsque, dans le courant de décembre 1837, ayant été appelé pour lui, je l'ai trouvé atteint d'un abcès par congestion énorme, siégeant à l'aine droite, au haut de la cuisse du même côté, et s'étendant à la région fessière. Il me déclara qu'après avoir suivi sans avantage quelques traitements qu'on lui avait indiqués, il avait fini par ne plus consulter sur son état, et avait supporté son abcès aussi longtemps qu'il avait pu. A cette époque, la tumeur était si volumineuse, si incommode, que la première indication était de songer à l'évacuer. — C'était pour cette fin que je me rendis auprès du malade le 20 décembre 1837, accompagné de deux confrères. A cette époque, la tumeur était excessivement volumineuse, elle s'étendait à tout le tiers supérieur de la cuisse, et distendait considérablement les téguments en tous sens; la fesse elle-même était tuméfiée par la matière de la suppuration : celle-ci formait au haut du membre pelvien une vaste circonférence fluctuante qui se prolongeait sous le ligament de Fallope comme une tumeur herniaire. Jamais il ne m'était arrivé encore de voir une aussi abondante collection de pus par abcès symptomatique.

Mais de quelle manière s'y prendre pour effectuer l'évacuation de cet énorme amas de pus, sans s'exposer aux accidents redoutables qui en sont si souvent la conséquence? Devions-nous, comme c'est généralement conseillé, nous contenter d'une simple ponction avec les précautions indiquées pour empêcher l'introduction de l'air dans le foyer et les accidents qui en seraient la conséquence; ou bien, comme le veulent quelques praticiens, devions-nous, par une large ouverture, favoriser la prompte et complète évacuation de tout le liquide? Nous ne balançâmes pas à opter pour ce dernier parti, parce que nous n'avions jamais remarqué jusque-là des résultats avantageux à la suite des ponctions dans de semblables cas. Qu'arrive-t-il, en effet, le plus souvent quand on recourt à la ponction? Il advient que la petite solution de continuité se fermant, on se voit obligé dans peu de jours à évacuer de nouveau la collection qui s'est reproduite, par une nouvelle ponction, et plus tard encore d'autres deviennent nécessaires. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi innocemment que les premières fois; c'est-à-dire que l'air finit le plus souvent par pénétrer dans le foyer malgré toutes les précautions, et qu'il altère la suppuration qui devient d'une fétidité remarquable : en même temps la fièvre purulente se déclare, le sujet maigrit, se dessèche; un mouvement fébrile permanent mine

peu à peu ses forces, et l'achemine plus ou moins rapidement vers le marasme et la mort. — En évacuant, au contraire, le pus par une large incision, nous exposions bien, il est vrai, tout l'intérieur de l'abcès à l'accès immédiat de l'air; mais par là nous évitions le séjour du pus et la formation de clapiers purulents; par là aussi nous nous mettions dans les conditions les plus favorables pour user des lavages et des injections désinfectantes et antiputrides, et pour prévenir par conséquent les phénomènes de la résorption purulente. — Aussi, encouragé du reste par les consultants à en agir comme j'avais projeté, je fis une incision étendue à la partie la plus déclive de la tumeur. Deux ou trois litres de pus s'écoulèrent aussitôt de cette vaste cavité, qui fut ainsi complétement vidée. — La fesse et le haut de la cuisse furent ensuite couverts d'un large cataplasme.

Afin de prévenir la viciation du pus et les conséquences qu'elle aurait pu avoir sur l'organisme et sur la vaste cavité que nous avions ouverte, nous ne crûmes pouvoir mieux faire que d'employer les injections avec l'eau chlorurée. Celles-ci étaient effectivement faites matin et soir, et pour les rendre plus complètes, nous nous servions d'une très-longue sonde en gomme élastique, laquelle pénétrait jusque vers le haut de la région lombaire, où siégeait la carie qui avait occasionné tout le mal. De la sorte, le liquide désinfectant pouvait se répandre à toute l'étendue de l'abcès et du trajet fistuleux.

Ce fut sans doute à une pareille manière d'agir que nous dûmes de pouvoir éviter jusqu'au plus léger indice de résorption purulente. La fièvre qui suivit l'ouverture de l'abcès fut très-modérée, le pus ne présenta point de caractères de mauvais aloi, cette vaste poche se rétrécit peu à peu, et vingt-cinq jours après elle était réduite à un trajet fistuleux duquel s'écoulait la matière exhalée par la carie vertébrale. En même temps l'appétit était conservé, les fonctions s'exécutaient convenablement. Le malade put bientôt se lever et sortir. C'est au point qu'ayant établi des exutoires vers le point carié, nous espérions voir tarir par ce moyen cette forte suppuration par la guérison de la carie. Tout nous porta même pendant assez longtemps à concevoir cet espoir, puisque sept mois s'étaient écoulés dans un état de santé satisfaisant. Mais, dans les premiers jours du mois d'août suivant, commencèrent à se manifestester les premiers symptômes d'une anasarque qui, après avoir envahi d'abord le membre inférieur gauche, l'opposé à celui qui avait été le siége de l'abcès, gagna peu à peu les autres parties du corps, et finit, sans que rien pût en enrayer la marche, par emporter ce malade, le 30 août, plus de huit mois après l'ouverture de l'abcès.

Cette mort, survenue si longtemps après l'ouverture de l'énorme abcès

dont nous avons parlé, ne saurait infirmer ce que j'annonçais relativement aux bons effets que l'on peut retirer de l'emploi des chlorures contre les suppurations fétides ; car ces moyens n'ont pas été étrangers, dans ce cas non plus que dans les précédents, au peu de gravité qu'a eue l'ouverture d'une aussi vaste collection purulente.

Nous nous en tiendrons pour le moment à la citation de ces trois observations. Elles suffiront pour démontrer de quelle utilité peuvent être les injections chlorurées dans les cavités des abcès quand apparaissent les symptômes de putréfaction du pus, précurseurs des résorptions purulentes. Nous avons même la conviction que les praticiens qui voudront les employer dans les cas analogues auront comme nous à se louer d'en avoir fait usage. Aussi quoique, dès 1839, nous eussions fixé l'attention des praticiens sur cette matière, il ne nous a pas paru inopportun d'y revenir encore.

PAYAN.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LE SIROP ANTISCORBUTIQUE OU DE RAIFORT COMPOSÉ DU CODEX.

Le sirop antiscorbutique jouit, dans la matière médicale, d'une réputation qui date de plus d'un siècle. Le Codex et la plupart des pharmacopées le font préparer par distillation, procédé vicieux évidemment. En effet, pour peu qu'on réfléchisse à la manipulation de ce procédé, on reconnaît bientôt qu'il entraîne deux grands inconvénients. Le premier, c'est que les chapiteaux des alambics noircissent, effet dû à la formation d'une certaine quantité de sulfure de plomb, par suite de la *décomposition d'une partie de l'huile volatile des crucifères*, et par la combinaison du soufre, que nous savons être l'un des éléments de cette huile, avec le plomb allié à l'étain des chapiteaux. Il est à peu près certain qu'une petite portion de sulfure métallique est entraînée dans le produit, et nuit à sa qualité.

Le second inconvénient, qui est bien certainement le plus grave, c'est que les plantes étant soumises pendant longtemps à une température élevée, leurs principes actifs subissent des altérations évidentes, mais que la chimie ne peut encore expliquer.

Pour l'emploi, le sirop antiscorbutique préparé ainsi est un médicament d'une odeur et d'une saveur détestables, repoussantes même.

Aussi les personnes qui se sont trouvées dans la nécessité d'en faire usage ne se le rappellent-elles qu'avec un souvenir de dégoût, et beaucoup de médecins ne le prescrivent-ils plus pour cette raison. C'est là sans doute une condition fâcheuse et que quelques pharmacologistes modernes ont sentie. M. Soubeiran, dans son Traité de pharmacie, dit qu'il ne serait pas difficile d'obtenir, avec les mêmes éléments, un sirop plus agréable et tout aussi efficace. D'autres changent la proportion des substances; mais cela ne fait pas disparaître ce que le procédé distillatoire a de défectueux. Celui que j'ai adopté obvie, je crois, à tous les inconvénients.

Il consiste à employer les mêmes substances que le Codex; à piler d'abord le raifort avec du sucre, ensuite à extraire le suc des autres plantes, c'est-à-dire du cresson, du cochléaria, de la ményanthe, des oranges amères; à prendre le marc de ces plantes; à le piler avec du vin de cannelle pour extraire tous les principes actifs; à faire dissoudre le saccharure de raifort dans les liquides obtenus, et enfin à faire un sirop à froid.

L'emploi du sucre dans la contusion du raifort est le point important de mon procédé. Il suffit d'un moment de réflexion pour reconnaître le but que je me suis proposé par cet artifice. En effet, le sucre remplit ici l'office de corps poreux : il absorbe et fixe l'huile volatile qui tend à se dissiper sous l'action du pilon, en même temps que par son avidité pour l'eau il empêche momentanément la formation d'une certaine quantité de cette huile qui, comme on le sait depuis des découvertes récentes, ne préexiste pas dans le raifort, mais qui se forme au moment où de l'eau est mise en contact avec ses éléments. Nous disons que le sucre empêche momentanément sa formation, car elle a lieu et il est nécessaire qu'elle ait lieu lors de la dissolution du saccharure de raifort dans le suc des plantes.

Le sirop antiscorbutique obtenu ainsi est d'une transparence parfaite, d'une couleur légèrement ambrée, qui flatte la vue, d'une odeur et d'une saveur antiscorbutiques franches qui ne sont pas désagréables, quoique prononcées; tandis que le sirop ordinaire est d'une couleur brunâtre, d'une odeur et d'une saveur empyreumatiques et d'une action même quelquefois corrosive sur la muqueuse, surtout chez les jeunes sujets. Le premier contient cependant tous les principes actifs des plantes employées, mais dans leur homogénéité naturelle.

Tel est, en abrégé, le procédé présenté à la Société de pharmacie de Paris par M. Dorvault, et pour lequel le rapporteur, trouvant qu'il remplissait toutes les conditions désirables, avait cru devoir demander l'insertion dans la prochaine édition du Codex.

SUR LA PRÉPARATION DU SOUS-ACÉTATE DE PLOMB LIQUIDE.

La dernière édition de la *Pharmacopée française* et divers traités de pharmacie, entre autres les deux éditions de M. Soubeiran, recommandent de préparer le sous-acétate de plomb liquide de la manière suivante :

PRENEZ :	Acétate de plomb cristallisé. .	3 parties.
	Litharge pulvérisée.	1
	Eau distillée.	9

On fait bouillir dans une bassine de *cuivre*, jusqu'à ce que l'oxyde soit dissous, et que la solution marque 30° à l'aréomètre.

La promptitude avec laquelle le cuivre s'oxyde, sous l'influence de la chaleur, du sel de plomb, de l'eau et de l'air atmosphérique, doit, selon M. Leroy, pharmacien à Bruxelles, faire abandonner l'usage des vases de ce métal pour la préparation de ce produit. Il est impossible, malgré toutes les précautions prises en faisant usage des vases de cuivre, d'empêcher dans cette préparation l'introduction d'une certaine quantité de métal qui peut quelquefois aller jusqu'à donner une teinte verdâtre au sous-acétate.

M. le professeur Soubeiran recommande à la vérité un second procédé préférable, dit le pharmacien belge, et qui consiste à prendre 3 parties de sel de plomb cristallisé, 1 partie de litharge et 2 parties d'eau que l'on abandonne dans un mortier ou dans une capsule de porcelaine pendant plusieurs jours, en remuant de temps à autre, jusqu'à ce que tout l'oxyde soit dissous. Le temps que demande ce procédé pour la préparation du sous-acétate de plomb, doit faire recourir très-fréquemment au premier procédé.

Voulant obvier à l'introduction du cuivre dans le sous-acétate de plomb liquide, et surtout apporter plus de promptitude dans sa préparation, M. Leroy s'en acquitte de la manière suivante, qui lui donne un bon produit ayant la densité convenable, et qui surtout est privé de la coloration cuivreuse.

Il prend 3 parties d'acétate de plomb cristallisé, qu'il place soit dans une capsule de porcelaine, soit dans un vase de terre vernissé, avec 9 parties d'eau distillée; il met sur le feu, et élève la température du mélange graduellement, jusqu'au point de l'ébullition du liquide; ensuite il retire du feu et ajoute par parties une partie de litharge pulvérisée, en remuant continuellement : en quelques minutes la dissolution

de la litharge est complète, et l'on filtre. La liqueur refroidie marque habituellement 35° de l'aréomètre.

M. Leroy ne doute nullement que ce procédé facile ne soit préféré généralement.

Cette modification de M. Leroy au procédé ordinaire pour la préparation de l'extrait de saturne, a engagé M. Deschamps, d'Avallon, à faire connaître le procédé qu'il suit depuis longtemps. Ce procédé ne diffère de celui qui est adopté, que parce que M. Deschamps met dans la bassine en cuivre quelques morceaux de plomb, et parce qu'il fait bouillir jusqu'à ce que, après avoir employé

Acétate plombique cristallisé. . .	1500	grammes.
Litharge pulvérisée.	500	
Eau distillée.	4500	
Feuille de plomb coupée	Q. S.	

il ait 5810 grammes de liquide, le plomb étant compris dans la tare de la bassine. La densité du liquide est alors exprimée par le 30e degré de l'aréomètre. La bassine de cuivre est parfaitement préservée. (*Journal de pharmacie du midi.*)

MOUCHES DE MILAN.

PRENEZ :	Résine élémi. . } ãã. . . .	125	grammes.
	Styrax liquide . }		
	Cire jaune.	150	
	Camphre.	30	
	Cantharides en poudre fine. .	350	

On fait fondre ensemble la résine et la cire, et on ajoute le styrax, puis les cantharides, et on maintient le tout sur un feu très-doux pendant une demi-heure; au bout de ce temps on retire le feu et on agite la masse emplastique avec une spatule jusqu'à ce qu'elle soit à peu près refroidie, enfin on incorpore le camphre. Cet emplâtre est d'une bonne consistance et produit promptement et sûrement la vésication. La dimension des emplâtres varie depuis $0^m,025$ jusqu'à $0^m,04$. C'est le plus souvent sur du taffetas noir que l'on prépare les mouches de Milan.

Cette formule m'a été communiquée par M. Louradour : en voici une autre que je dois à l'obligeance de M. Ménier.

PRENEZ :	Poix de Bourgogne. . .	1500
	Résine élémi.	300

Galipot.	400
Styrax liquide.	700
Cire jaune.	700
Poudre de cantharides. .	1400
— de camphre. . .	160
Essence de lavande. . .	6

F. S. A.

M. Mouchon a publié aussi une formule que j'ai rapportée dans mon *Traité de pharmacie*, et qui est fort bonne : la voici :

PRENEZ :	Poix résine.	250
	Cire jaune.	250
	Axonge.	250
	Poudre de cantharides . .	250
	Térébenthine	64
	Essence de lavande. . . .	4
	— de thym.	4

F. S. A.

On étend cette composition emplastique sur du taffetas noir. On l'emploie comme dérivatif contre les fluxions, les douleurs de tête, les maux d'yeux, les rhumatismes; on place sur l'endroit désigné une ou plusieurs mouches que l'on recouvre d'une compresse. On n'enlève les mouches que lorsqu'elles cessent de produire une sécrétion de sérosité et qu'elles se détachent d'elles-mêmes : on les renouvelle au besoin.

E. S.

DE LA PRÉPARATION DU VALÉRIANATE DE ZINC.

Ce nouveau sel est décidément entré dans le domaine de la thérapeutique en Italie. MM. Muratori et Cerulli en donnent la préparation dans un journal de médecine de Bologne. La théorie avait prévu qu'étant composé de deux substances qui jouissent de propriétés sédatives, il produirait de bons effets dans les maladies du système nerveux. La pratique n'a pas démenti cette prévision.

Il est bon de se procurer les deux éléments du valérianate de zinc à l'état de pureté. On introduit l'acide valérianique dans un matras que l'on expose à l'action du feu, en ajoutant peu à peu le protoxyde de zinc hydraté jusqu'à saturation. La chaleur favorise cette combinaison. La solution saline est versée dans une capsule de porcelaine, et l'on y ajoute une petite quantité de protoxyde de zinc pour salifier tout l'acide

valérianique. On concentre ensuite la solution par l'évaporation. Le valérianate de zinc vient se déposer en couche à la surface ; on l'en retire à mesure de sa formation. On le dessèche et on l'enferme dans un flacon.

M. Muratori a aussi obtenu le même sel par la double décomposition du sulfate de zinc et du valérianate de chaux. En filtrant, on sépare le valérianate de zinc, qui est soluble, du sulfate de chaux qui ne l'est pas. On concentre ensuite la liqueur, sans tenir compte de la petite portion de sel qui se dépose au fond du vase et qui est presque en totalité du sulfate de chaux.

M. Cerulli a expérimenté ce nouvel agent thérapeutique. Dans trois cas de névralgie sus et sous-orbitaire, il a guéri, en donnant le sel à la dose d'un grain et demi par jour, divisé en deux pilules. On les fait prendre au moment même de l'accès. En continuant ce médicament, à la même dose, on a obtenu la guérison dans l'espace de trente jours chez un malade, de quarante chez l'autre et de cinquante chez le troisième.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE PRUSSIQUE DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS.

On est généralement disposé à ranger dans la classe des faits rares, singuliers, les résultats pratiques qui s'écartent de nos idées sur la nature des maladies et le mode d'action des remèdes. La surprise va jusqu'à l'incrédulité lorsque le fait froisse trop nos opinions. Cependant la tradition des cas donnés et acceptés comme exceptionnels, toujours utile, a quelquefois contribué à pousser les esprits dans la véritable voie.

Mes recherches sur la théorie et la thérapeutique des empoisonnements (1), en me ramenant sans cesse à l'excellent ouvrage de Giacomini, me firent peu à peu adopter les idées de l'école italienne sur le mode d'action d'une infinité de médicaments. Quelque disposé que je fusse à ne voir que des hypersthénisants et des hyposthénisants, mon éducation médicale, la routine me retenaient lorsqu'il s'agissait de ranger l'opium parmi les premiers, les cantharides parmi les seconds. L'analyse de plusieurs observations et les trois faits que j'avais recueillis donnaient

(1) Journal l'Expérience, avril 1842.

beaucoup de valeur aux opinions de Rasori et d'autres ; mais il me répugnait de regarder comme hyposthénisant l'acide prussique. Les cas rapportés par Giacomini, celui d'Urbain, cité par moi, devenus depuis très-probants, me laissaient alors quelques incertitudes.

Je voulais néanmoins faire usage de l'acide prussique contre certaines maladies franchement inflammatoires, lorsque mandé pour donner mes soins à un jeune garçon atteint de tétanos, je lus dans Giacomini que ce puissant moyen avait deux fois triomphé de ce mal terrible. Ce cas m'inquiétait beaucoup ; avec mes opinions reçues dans les écoles, il m'était difficile de voir une inflammation franche dans la maladie que j'avais à traiter, et un antiphlogistique dans l'acide hydrocyanique.

Toutefois l'insuccès des méthodes en apparence les plus rationnelles, les résultats avantageux des moyens les plus empiriques, et ce vieil adage, aux grands maux les grands remèdes, me poussèrent à faire usage de l'acide prussique médicinal de Magendie. Les premiers effets obtenus dissipèrent mes craintes, le résultat trompa mes espérances, et ce cas, que je considérais comme peu propre à confirmer la théorie des médecins italiens, contribua grandement à ma conversion médicale. Aujourd'hui de nouveaux faits et l'étude ont rendu cette conversion pleine et entière.

Le cas dont je vais parler et diverses considérations exposées plus loin, feront reconnaître, je l'espère, que beaucoup de remèdes agissent tout différemment qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, et que la guérison du tétanos par l'acide prussique, loin d'être un résultat singulier, exceptionnel, inexplicable, nous éclaire à la fois sur la nature du mal et sur le mode d'action du remède.

Ce cas est digne d'attention non-seulement sous le point de vue du traitement mis heureusement en usage (l'on serait en effet fort embarrassé pour citer plus de deux ou trois observations de tétanos, je ne dis pas guéri, mais traité par l'acide prussique), j'ajoute qu'il mérite encore d'être pris en considération sous le rapport des prodromes et de quelques symptômes.

L'on sait que pour Larrey et pour beaucoup d'autres, le tétanos aigu, surtout, n'a presque pas de signe précurseur; il débuterait brusquement sans se faire annoncer. Chez mon jeune malade, divers prodromes, sans m'indiquer à moi, qui n'avais vu des tétanos que dans les livres, l'apparition prochaine d'une maladie si terrible, m'inspirèrent de vives craintes. La douleur sternale dont parlent presque tous les écrivains manqua sur le sujet de mon observation ; chez lui aussi le pouls ne fut presque jamais fébrile, la déglutition, quoique gênée, fut toujours possible, et cependant l'affection se montra à l'état très-aigu. Vous remarquerez

encore que la nature de la cause soupçonnée d'y avoir donné lieu, en s'éloignant de ce qui nous est généralement connu, confirme l'opinion de ceux qui regardent le tétanos comme le résultat d'une inflammation de la moelle. Les douleurs lombaires accusées par le malade appuient singulièrement cette façon de voir.

Pierre Pagès, âgé de douze ans, d'une constitution assez faible, était depuis plusieurs jours occupé à porter sur sa tête des corbeilles remplies de terre, lorsque dans les premiers jours de juin 1842, il reçut en s'amusant avec ses camarades, une motte de terre un peu pâteuse qui porta sur la région lombaire. L'enfant, d'abord terrassé, se releva cependant mais ne put continuer son travail. Le lendemain il reprit son ouvrage; au bout de quelques jours force fut d'y renoncer.

L'enfant perdit l'appétit, le sommeil, eut la bouche amère, de la céphalalgie, des bâillements, devint triste, morose, renonça à ses amusements, garda le repos, accusa quelques douleurs au bas des reins, présenta de la constipation, par intervalles quelques mouvements convulsifs dans les mâchoires et une certaine peine à avaler.

D'abord je crus qu'il s'agirait de quelque fièvre typhoïde et j'agis en conséquence; mais un jour, l'enfant, après s'être traîné sur la place du village pour s'y reposer au soleil, éprouva des mouvements convulsifs et tomba à la renverse. On le porta dans sa maison, et je fus appelé. L'accès durait encore; les membres violemment contractés étaient dans une rectitude complète, le corps ne reposait sur le lit que par les talons et la tête fortement renversée en arrière. La face est colorée, la bouche se contourne de diverses manières et laisse échapper un suc écumeux et blanchâtre, la respiration est courte, laborieuse, le pouls est petit, accéléré, les yeux ont perdu leur expression et sont larmoyants. Dans cet état de trouble général, l'enfant conserve ses facultés intellectuelles, il supplie sa mère de monter sur son ventre et sur ses cuisses, accuse une vive douleur dans la région lombaire et des crampes dans les jambes, qui lui arrachent des cris continuels et perçants.

J'étais si loin de penser au tétanos, que ce tableau symptomatologique ne m'en donna même pas l'idée. Je quittai le malade pour réfléchir plus à l'aise. Bientôt on vint me prendre en me disant que tout était fini, et que l'enfant, couvert de sueur, se trouvait assez tranquille. Mais en moins d'une demi-heure de repos, il eut sous mes yeux une nouvelle attaque qui, débutant par la contraction spasmodique des muscles masséters et temporaux, et s'accompagnant des phénomènes indiqués plus haut, me démontra que j'avais à combattre un véritable tétanos. N'osant pratiquer une saignée, j'ordonnai un bain général très-prolongé. Le malade s'en trouva bien; cependant les accès reparurent dans la soirée et à divers

intervalles dans le cours de la nuit. Le second jour au matin, je profitai d'un instant de calme, pour glisser dans sa bouche une pastille de calomel et plonger l'enfant dans un bain.

Vers midi, n'obtenant aucun amendement, je me détermine à faire usage de l'acide prussique. D'heure en heure, le jeune malade avale une cuillerée à bouche d'une potion ainsi composée : eau de laitue 120 grammes, acide prussique médicinal de Magendie 20 gouttes, sirop de sucre 30 grammes. Pour étancher la soif ardente dont le malade était tourmenté, on donna de l'orangeade. Après vingt-quatre heures de ce traitement, les accès devinrent moins fréquents et moins intenses; ceci m'encouragea à continuer, en rapprochant les doses de la potion. A partir du troisième jour l'amélioration fut des plus sensibles; l'enfant commença à n'avoir que cinq ou six accès dans les vingt-quatre heures, encore étaient-ils supportables; mais ce qui ne l'était pas, c'étaient les crampes des jambes et la douleur lombaire. Cependant l'acide prussique, donné journellement et à dose croissante, et aidé de quelques bains et du calomel, opéra si merveilleusement que tout accès cessa le neuvième jour.

Le malade ne parla jamais de douleur spéciale le long du sternum, ni au pourtour des côtes; jamais il n'eut d'aversion pour les liquides, il demandait même souvent à boire, quelle que fût sa peine pour avaler. Dans les premiers jours, des sueurs abondantes et partielles accompagnaient chaque crise, le froid aux extrémités se faisait aussi sentir; mais dès le troisième jour de l'usage de l'acide prussique, ces symptômes disparurent. Le pouls ne fut jamais ni plein ni dur, mais petit, accéléré et quelquefois fort irrégulier. La constipation très-prononcée d'abord, céda ensuite au calomel, à l'acide prussique, aux bains. La convalescence fut longue, l'appétit vint tard. En huit jours le malade prit 3 bains, 4 pastilles de calomel, et avala 110 gouttes d'acide prussique.

Cette guérison m'étonna beaucoup : je savais bien que Borda, Brera et grand nombre d'autres après eux avaient employé l'acide prussique dans les pleurésies, les pneumonies, l'entérite, la métrite, et cela avec avantage; mais j'avais lieu d'être surpris de son efficacité dans le tétanos, et je disais de lui qu'il n'est pas de remède qui ne compte son succès. Toutefois, envisageant que l'analyse des symptômes des divers cas connus de tétanos conduisait à l'idée de la nature inflammatoire de l'affection, je fus par analogie disposé à croire que l'acide prussique avait agi ici comme hyposthénisant.

Que si l'on préfère regarder le tétanos comme un spasme nerveux, et l'acide prussique comme un antispasmodique, on le peut d'autant mieux, quelque raison qu'on ait de croire le contraire, que l'on ne sera pas seul

de cette opinion, et que l'acide prussique a agi très-efficacement contre une infinité de maladies dites nerveuses, contre les névralgies en général, contre l'asthme, contre la toux convulsive, contre l'épilepsie.

Seulement, il ne faut pas oublier que les anciens et beaucoup de modernes désignent, sous le nom de maladie nerveuse, tout état morbide dont la nature leur est inconnue, et que Broussais a, en très-grande partie, déchiré le voile qui nous cachait la vérité. J'ajoute que l'acide prussique, dont l'action n'est certainement pas capricieuse, ne peut également convenir que dans les maladies de nature diverse en apparence, de nature semblable en réalité.

ESPEZEL, D. M.
A Esperaza (Aude).

ENCORE UN MOT SUR LA MAGNÉSIE CALCINÉE EMPLOYÉE COMME PURGATIF.

Quoique M. Mialhe puisse justifier par l'autorité de Barbier, d'Alibert, de Mérat et Delens, l'assertion par lui émise dans votre cahier d'août, et ainsi conçue : « La magnésie calcinée est rarement usitée en France comme purgatif », je ne suis pas moins en droit de le contredire. Si, en effet, les différents chimistes qui se sont occupés de thérapeutique et de matière médicale pour en dicter les lois à la France entière, avaient daigné consulter les humbles travaux de notre école, ils auraient vu, par le *Mémorial pharmaceutique* des médecins de Montpellier, que publia en 1824 le docteur Pierquin, aujourd'hui inspecteur d'Académie, que la magnésie calcinée est aussi bien employée à titre de purgatif dans notre ville que dans les colonies américaines. Comparée même à celle de M. Mialhe, la formule de feu mon oncle a l'avantage de fournir une potion qui reste liquide, tandis que celle de votre savant collaborateur se solidifie dans peu de jours, ainsi que l'a fait observer M. Gobley, dans votre cahier de décembre dernier.

Employant ordinairement la magnésie calcinée dans les maladies réputées bilieuses; le docteur A. J. Chrestien la délayait dans une décoction de pois chiches torréfiés; et il ajoutait du sirop, non-seulement pour rendre le breuvage agréable, mais encore pour que la magnésie se tînt plus facilement en suspension. Il associait aussi la magnésie calcinée à l'extrait alcoolique de quinquina, dans les cas où il voulait purger les sujets atteints de fièvres graves.

Voici les deux formules qui lui étaient les plus familières, et que l'on retrouve dans le *Mémorial pharmaceutique* déjà cité.

℞ Magnésie calcinée. . . . . . ʒij	℞ Résine de kina. . . . . ʒj
Décoction de pois chiches torréfiés. . . . . ℥v	Sel d'absinthe . . . . ʒß
Sirop de capillaire. . . . . . ℥ij	Magnésie calcinée. . . . . . ʒj
	Sirop de capillaire. . . . . . ℥j
	Eau de tilleul. . . . . ℥iij

Persuadé, monsieur et honoré confrère, que vous voudrez bien rendre à la mémoire de mon oncle la justice qui lui est due, j'aime à croire que vous insérerez dans votre plus prochain numéro cette lettre, dont le seul but est de conserver au praticien dont je m'honore de porter le nom, les droits qu'il a toujours eus à l'estime publique.

Veuillez agréer, etc.

CHRESTIEN, D. M.,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques, par M. BARRIER, *chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, tome II, volume de 800 pages. Paris, Fortin-Masson et comp.; Lyon, Savy jeune.

Le second volume de l'important ouvrage de M. Barrier renferme : les maladies de l'abdomen; les maladies du système nerveux; les maladies des organes des sens, et enfin des maladies diverses, telles que l'œdème des nouveau-nés, les hydropisies, les scrofules externes et le rachitisme.

Sans attacher une grande importance à cet ordre nosologique, l'auteur a pensé qu'au point de vue du diagnostic il y trouvait certains avantages, et qu'un traité de pathologie spéciale pouvait conserver sa valeur, quelle que fût la disposition des groupes principaux et la distribution des matières.

Dans cette deuxième partie de l'œuvre de M. Barrier, qui se trouve ainsi complétée, nous avons à signaler à l'attention du lecteur l'histoire des maladies de l'abdomen et du tube digestif en général. Nous noterons la description de la gastrite folliculeuse, des affections vermineuses, et plus particulièrement de la fièvre typhoïde plus fréquente dans l'enfance, dit M. Barrier, qu'on ne l'avait cru jusqu'à ce jour. Il passe en revue et apprécie les diverses médications que réclame

cette maladie à ses diverses périodes. Il étudie l'action des affusions froides, recommandées par MM. Récamier et Gendrin, et que les cures récentes proclamées par l'hydrotérapie doivent faire examiner avec plus d'attention et de sévérité.

M. Barrier consacre de nombreuses pages à l'étude de la méningite considérée sous ses diverses formes; il traite, à propos de la thérapeutique de cette affection, de la *ponction*, condamnée et rejetée de la pratique par Boyer, Dupuytren et M. Breschet, en s'efforçant de préciser les circonstances anatomiques et pathologiques dans lesquelles cette opération doit offrir quelque chance de succès. Il la repousse pour les cas d'hydrocéphale qui résulte de la présence d'une tumeur tuberculeuse, par exemple, et on conçoit le motif de cette contre-indication.

Dans un chapitre intitulé : *Tubercules des centres nerveux*, M. Barrier complète, autant que le permettent la nature et les limites de son travail, l'histoire de l'affection tuberculeuse; il passe ensuite aux maladies de la peau.

Le chapitre qui traite des fièvres éruptives renferme la rougeole, la scarlatine et les affections varioleuses; il résume avec lucidité et précision le résultat de ses propres observations et celles de ses devanciers. Enfin, la cinquième et dernière partie de l'ouvrage contient, sur l'œdème des nouveau-nés, sur les hydropisies, sur les scrofules externes et le rachitisme, des réflexions judicieuses et des préceptes utiles.

M. Barrier a eu raison d'appeler son livre un traité pratique, il l'est en effet; mais en même temps il se trouve judicieusement mêlé d'une sage érudition, de bonnes théories qui rallient les faits autour de grands principes médicaux.

Ce livre, qui signale les premiers pas de M. Barrier dans la littérature médicale sérieuse, lui assigne de bonne heure un rang élevé que d'autres travaux antérieurs moins étendus, que des recherches consciencieuses commencées dans les hôpitaux de Paris, et continuées depuis lors dans la pratique médicale d'une grande ville comme Lyon, semblaient devoir lui promettre. Maintenant une nouvelle et belle carrière lui est ouverte; sa position dans l'un des plus grands hôpitaux de France, en lui livrant entre les mains de vastes matériaux, le mettra bientôt dans le cas d'agrandir et de perfectionner ce qu'il a déjà commencé. Nul doute que la science et l'art ne lui doivent un jour d'autres progrès, d'autres perfectionnements.

De la physiologie dans ses rapports avec la philosophie, par J.-J. Virey, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, ancien professeur d'histoire naturelle et médicale à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, etc.*

Un des titres les plus glorieux d'Hippocrate à la reconnaissance de la postérité a été d'établir entre les sciences physiologiques et la philosophie la ligne de démarcation qui les sépare; un des plus importants travaux qui pût tenter l'ambition des médecins modernes serait celui qui aurait pour but de féconder, de compléter ces deux sciences, en les éclairant l'une par l'autre. Lorsque l'illustre médecin grec, guidé par le coup d'œil sûr de son génie, s'efforça de rendre aux sciences physiologiques leur indépendance, comme ayant leur but, leur méthode essentiellement distincts de la philosophie, il fit une œuvre éminemment utile; car la physiologie, la pathologie, et partant la médecine doctrinale, n'étaient considérées que comme de simples corollaires des sciences philosophiques, et tout le monde sait comment un tel régime leur profita. Aujourd'hui que ces deux sciences ont grandi, se sont développées dans un isolement fécond, il ne s'agit pas plus qu'alors de les confondre; il s'agit de faire tourner au profit de l'une et l'autre quelques-unes des données, des vérités les plus importantes dont chacune d'elles est en possession. Dans cet officieux échange, nous pouvons le dire avec quelque orgueil, la part la plus large est réservée aux sciences physiologiques, c'est à elles qu'il appartient de jouer le rôle principal. Toutefois, la préoccupation exclusive des phénomènes qui tombent sous le contrôle de l'intuition directe a souvent fait perdre de vue aux médecins les phénomènes d'un ordre tout à fait différent, qui, pour être saisissables par un autre mode d'observation, n'en sont pas moins réels, et la philosophie, en appliquant ses procédés à l'étude des faits de cet ordre, est arrivée à des résultats remarquables qui peuvent éclairer plus d'un problème encore obscur de la physiologie normale ou pathologique.

Quelques médecins contemporains, également habitués aux études de la physiologie et de la psychologie, ont déjà traité avec un remarquable talent quelques-unes des questions qui sont placées, si nous pouvons ainsi dire, sur la limite de ces deux sciences. Parmi ces médecins, il est juste de compter M. Virey, qui, dans une série de publications sur les sujets les plus vastes, a montré que l'instinct de son intelligence le portait vers les plus hautes questions. Nous n'avons point à poser ici les premières assises d'une réputation qui, depuis longtemps, est parfaitement établie; nous dirons seulement que l'ouvrage dont il

s'agit en ce moment, s'il conserve quelques-uns des défauts de ses aînés, en a aussi les qualités. C'est ainsi que, malgré le vague que laisse nécessairement dans l'esprit une méthode peu sévère, comme à travers l'intempérance d'un style quelquefois lourd, obèse, surchargé de métaphores, on ne peut s'empêcher de reconnaître une science étendue, qu'on admirerait davantage si les enjolivures du cadre n'en distrayaient souvent l'esprit.

Nous ne pouvons, dans un journal aussi spécial que celui-ci, faire l'analyse d'un livre qui ne touche qu'aux questions purement spéculatives de la science; nous nous bornerons à en indiquer les grandes divisions. Dans un premier livre, l'auteur traite de l'origine de la sensibilité; dans un second livre, qui ne fait que préciser davantage l'esquisse des idées développées dans les chapitres précédents, M. Virey étudie le déploiement primordial de l'organisme nerveux montant jusqu'à l'humanité. Ici, l'auteur admet, avec un grand nombre de physiologistes modernes, la théorie du développement progressif des êtres sous l'influence des forces cosmiques, tout en reconnaissant cependant derrière ces forces l'existence d'une intelligence ordonnatrice. Dans un livre troisième, il étudie la répartition de la sensibilité, puis les modifications de la même propriété. Enfin, l'ouvrage se termine par un essai de psychologie générale dans laquelle, pour nous servir de l'expression de l'auteur, on tente d'hiérarchiser les facultés dans toute la série animale.

On le voit d'après ce simple programme, les plus hautes questions sont agitées dans ce livre, qui montre à la fois la vocation élevée de M. Virey dans l'ordre scientifique, et honore, par une délicate présomption, les médecins auxquels surtout il s'adresse.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Abcès de la fosse iliaque. Ouverture double du foyer purulent. Guérison. — La nommée Havin entra le 5 novembre dernier dans le service de M. Fouquier à l'hôpital de la Charité, pour s'y faire traiter de douleurs existant dans l'hypogastre et la région iliaque gauche. Cette femme apprend qu'il y a deux mois elle accoucha difficilement d'un enfant à terme; on fut obligé de pratiquer la version, ce qui lui causa, nous dit-elle, des douleurs vives et prolongées : au neuvième jour de l'accouchement, une douleur abdominale très-vive se manifesta

avec nausée, frisson et fièvre : des sangsues furent appliquées sur la région hypogastrique; comme elles ne produisirent aucun résultat satisfaisant, on eut recours aux frictions mercurielles. La pyrexie générale diminua, sans céder entièrement, sous l'influence de cette médication. La malade conserva une douleur profonde dans la région iliaque gauche. Pendant quinze jours cette douleur fut combattue, sans succès, par des frictions mercurielles, des sangsues et un vésicatoire : tous ces moyens n'empêchèrent pas la maladie de se développer, et aujourd'hui il est facile de constater la présence d'une tumeur volumineuse occupant toute la région iliaque, et un peu aussi l'aine correspondante : les parties sont fort douloureuses au toucher. Cette tumeur s'étend de la crête iliaque au pubis en suivant le ligament de Fallope; la peau est normale, mobile, sans changement de coloration. — Eau de Sedlitz, lavement, cataplasme sur le bas-ventre, frictions sur la région iliaque avec une pommade contenant 32 grammes d'axonge et 1 gramme d'extrait de belladone. Le 7 novembre, la douleur a été plus vive; les deux jours suivants la malade a éprouvé du frisson, de la chaleur, des battements dans la tumeur, et la fluctuation y a été très-nettement constatée dès le 8. Le 10, on pratique une ponction exploratrice dans le foyer purulent à l'aide d'un trocart, puis une incision parallèle à l'arcade crurale. Il s'échappe un pus fétide d'une odeur se rapprochant de celle des matières fécales; le pus est blanc-jaunâtre, assez consistant : une mèche est introduite entre les bords de l'ouverture, et on recommande à la malade de se coucher sur le côté gauche. On donne un lavement avec un œuf et 1 gramme d'extrait de quinquina pour combattre le dévoiement qui existe depuis deux jours. Le 11, la malade était très-faible; on lui donne du bouillon, on fait des injections dans le foyer avec l'eau d'orge aluminée : le 14, la diarrhée a cessé, l'engorgement inguinal diminue d'une manière notable. Les jours suivants on remarqua à chaque pansement que la mèche était un obstacle à l'écoulement du pus qui y séjournait; une douleur très-aiguë se manifesta au-dessus du pubis, des gaz s'échappèrent avec la matière purulente qui est toujours fétide. Les 21 et 22, il y a de la rougeur autour du foyer; la malade a eu du frisson, la langue est un peu sale, blanchâtre, les pommettes sont rouges, le pouls donne 120. Le 23, tension considérable de la région inguinale, fluctuation manifeste au-dessus de la première incision : on y pratique une nouvelle ouverture qui livre passage à un pus abondant et fétide; la malade se trouva immédiatement soulagée. Le 25, la tumeur s'est dégorgée d'une manière remarquable ; il s'écoule des deux ouvertures une sérosité rougeâtre, non purulente ; on augmente l'alimentation, que l'on avait dû varier suivant les indications. Le 2 décembre, la résolution s'o-

père rapidement, mais on remarque des sueurs nocturnes, et une toux fréquente sans que l'auscultation révèle l'existence de tubercules dans le poumon : la malade mange les trois portions. Le 5, l'engorgement iliaque a presque complétement disparu, les ouvertures artificielles sont cicatrisées. La malade quitte l'hôpital le lendemain : elle est guérie de son vaste abcès iliaque.

Tumeur sanguine; traitement par des caustiques. — Une petite fille de sept mois fut portée à l'hôpital Beaujon, pour y être traitée par M. Robert d'une tumeur sanguine congénitale qui occupe la face. Peu apparente à l'époque de la naissance, cette tumeur s'accrut rapidement, et au bout de trois mois son progrès engagea les parents à consulter un médecin, qui tenta d'inoculer la vaccine sur la tache de naissance. On y pratiqua deux piqûres qui furent suivies de pustules vaccinales, mais sans aucune influence favorable sur la tumeur, qui continua à s'accroître. Actuellement la tumeur, qui occupe le côté droit de la face, s'étend depuis l'angle interne de l'œil jusqu'à la partie moyenne de l'espace compris entre l'aile du nez et le bord libre de la lèvre supérieure, latéralement depuis le milieu de la joue jusqu'au côté correspondant du nez, dont l'aile est déviée et un peu rejetée à gauche ; en saillie, elle a un centimètre ; en profondeur, elle ne proémine pas à l'intérieur de la bouche. Sa couleur est d'un rouge vif, violacé, quand l'enfant crie ; molle ; quand on la comprime elle diminue de moitié. Elle ne présente ni pulsations ni mouvements d'expansion isochrones à ceux du pouls. Cependant près de son bord interne elle paraît offrir des pulsations communiquées par l'artère faciale qui est dans son voisinage. M. Robert, dans son diagnostic, admit que la tumeur en question occupait la peau dans toute son épaisseur ; que le corps muqueux, le derme, et même un peu le tissu cellulaire sous-jacent, étaient envahis. M. Robert se décida à attaquer cette tumeur par les caustiques. Le 17 juillet une première application de pâte de Vienne fut faite, non pas sans de grandes difficultés. L'enfant, par ses cris, a fait gonfler la tumeur, et quelques petits vaisseaux s'étant rompus dans les premiers instants qui suivirent l'application, il en est résulté un écoulement de sang qui entraînait le caustique lui-même ; il a fallu les plus minutieuses précautions pour empêcher que cette substance ne pénétrât dans l'œil, dans les narines ou dans la bouche. La pâte de Vienne a été laissée en place dix minutes ; quand on l'a enlevée, on a pu voir que l'eschare offrait exactement la forme et la dimension de la tumeur ; seulement au milieu de l'eschare il y avait un point d'où s'écoulait du sang assez rouge et en assez grande quantité. Un bouton de feu porté sur ce point a suffi pour arrêter l'hé-

morrhagie. La douleur n'a été que passagère, et la santé du petit malade n'en a nullement souffert. Les jours suivants l'eschare s'est desséchée et s'est convertie en une croûte noire très-dure qui a fini par tomber. Le 26 août, réapplication du caustique de Vienne, mais solidifié. Voici pourquoi M. Robert se servit cette fois du caustique sous cette dernière forme. A la suite de la cautérisation, la tumeur avait disparu; une belle cicatrice s'était formée à sa place, excepté dans une petite portion linéaire près de la paupière; or, pour agir en ce point, le caustique solidifié convenait, parce qu'il n'a pas l'inconvénient de se liquéfier et de menacer les organes délicats situés dans le voisinage du lieu où on l'applique. Il en résulta une belle eschare comme la première fois. M. Robert renvoya l'enfant à la campagne, pour que le séjour de l'hôpital ne lui fût pas nuisible. Le 5 octobre l'enfant fut revu, et la guérison complète fut constatée. Il en est résulté seulement un peu d'ectropion à la paupière inférieure. La cicatrice qui a succédé à la tumeur est lisse, blanchâtre et nullement difforme.

Section des brides et excision du tissu de la cicatrice vicieuse. Succès. — A l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, nous avons observé pendant plusieurs années un jeune homme dont l'histoire pathologique est fort intéressante, surtout au point de vue clinique. Quelques mois après sa naissance, le nommé Nacquart tomba dans le feu; il en résulta une vaste brûlure qui fut suivie d'une large cicatrice; cette dernière s'étendit 1° de la partie inférieure du bord antérieur de l'aisselle gauche à l'apophyse coracoïde du côté opposé; 2° de l'union du tiers inférieur du sternum avec son tiers moyen, au-devant de l'oreille gauche. Le menton était adhérent à la partie antérieure et supérieure de la poitrine; la lèvre inférieure, complétement renversée, se confondait pour ainsi dire avec la paroi de cette cavité; le tissu inodulaire qui siégeait sur toute la longueur de la face antérieure du col, était en grande partie constitué par des brides dont le diamètre antéro-postérieur était d'un centimètre environ, le transversal en offrait neuf. Par la bouche largement ouverte s'écoulait une grande quantité de salive qui, affaiblissant beaucoup le malade, occasionnait d'ailleurs une dégoûtante malpropreté. Déjà l'engourdissement se faisait éprouver sur les membres thoraciques; il devait être attribué à la gêne de la moelle épinière, que comprimait la colonne vertébrale dont l'allongement était empêché par l'adhérence du menton. La faiblesse extrême et les prodromes de paralysie inspiraient des craintes sérieuses pour la vie de cet enfant, lorsqu'il fut confié aux soins de M. Lisfranc. Au mois de juin

1829, ce chirurgien opéra le malade. On trouva entière la lèvre inférieure dans l'épaisseur des parois thoraciques; les cicatrices furent divisées et les brides enlevées jusque sur la partie inférieure de la face; il n'était pas possible de faire de l'autoplastie, ni de rapprocher les bords de ces plaies; il coula beaucoup de sang; l'opération fut très-difficile; on parvint lentement, au bout d'une huitaine de jours, à ramener la tête à sa rectitude ordinaire. La solution de continuité se cicatrisa, mais la lèvre inférieure se renversa de nouveau en grande partie et le menton s'abaissa encore; il demeura distant de trois centimètres du thorax.

Onze mois après, M. Lisfranc fit une nouvelle opération. Cette fois la tête conserva presque toute sa rectitude normale; la lèvre inférieure se renversa à demi, deux brides assez considérables se formèrent sur les parois antérieure et latérale du cou; elles partaient de la région inférieure de la face. M. Lisfranc a fait une nouvelle opération, il y a vingt-trois mois: il a incisé les cicatrices, il a enlevé les brides, il a pratiqué l'ablation du tiers de la lèvre inférieure, il en a rattaché les deux autres tiers sur la joue; il a employé très-souvent le nitrate d'argent fondu pour réprimer les chairs. Le malade n'a jamais éprouvé aucun accident grave. Les résultats qu'il présente aujourd'hui sont définitifs, quoiqu'ils datent de vingt-trois mois. La tête a recouvré sa rectitude ordinaire, la lèvre inférieure, quoique légèrement tiraillée, a conservé sa position normale; il existe sur la partie antérieure et latérale gauche du cou une très-petite bride qui n'offre presque pas de saillie: cette bride n'a pas augmenté depuis six mois. Cette observation prouve que si l'autoplastie est impraticable, il est permis, suivant la méthode ancienne, de faire la section de la cicatrice et d'enlever les brides, et que cette méthode peut être suivie de succès dans les cas même les plus graves.

Opération césarienne faite avec succès pour la mère et l'enfant. — Au milieu des nombreux insuccès dont est suivie trop souvent l'opération césarienne, on est heureux de pouvoir enregistrer un résultat favorable; c'est, pour le chirurgien qui se trouve dans la dure nécessité d'y recourir, un encouragement, et pour la malade une espérance.

Dorothée Spuchel, âgée de trente-trois ans, haute de quatre pieds, déformée par le rachitisme, se croyait au septième mois de sa grossesse, lorsqu'elle sentit les premiers maux d'enfantement (le 23 mai 1843). Les eaux étaient déjà écoulées à l'arrivée du médecin. L'examen de la femme donna pour résultat: déviation de la colonne vertébrale, élévation de l'épaule droite, bassin incliné en avant et à gauche, la crête

iliaque droite plus haute que la gauche, les deux fémurs courbés, ventre très-saillant et en besace. Le doigt introduit dans le vagin très-étroit et humide, toucha facilement l'angle sacro-vertébral ; l'orifice utérin était dilaté comme une pièce de six livres, le diamètre antéro-postérieur n'avait pas plus d'un pouce et demi ; le bassin était plus étroit à droite qu'à gauche, et le diamètre transverse était également trop petit d'un pouce ; le compas d'épaisseur de Baudelocque ne donnait, depuis le pubis à l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire, qu'un peu plus de quatre pouces. Les contractions étaient fortes ; une portion non appréciable de la tête pressait sur l'orifice, mais elle n'était pas engagée. On entendit distinctement les battements du cœur du fœtus. L'enfant étant vivant, la perforation de la tête était contre-indiquée, et encore eût-il été mort que l'embryotomie aurait été plus dangereuse que l'opération césarienne, seule praticable : elle fut faite à sept heures du soir. On incisa la ligne blanche depuis l'ombilic jusqu'au pubis. On retira un enfant mâle à terme et vivant. Le placenta adhérent au fond fut extrait immédiatement avec facilité. La perte du sang a été minime ; on n'a pas eu besoin de lier les vaisseaux ; une portion d'épiploon herniée fut facilement réduite. On pratiqua cinq sutures et on entoura le corps de longues bandelettes agglutinatives sans avoir recours au bandage de corps. La femme se remit bien, sans autre accident qu'une éruption miliaire et une suppuration de la plaie avec sphacèle d'un peu de tissu cellulaire. L'opérée sortit pour la première fois le 17 juillet ; l'enfant se porte également bien, quoiqu'il n'ait pas été nourri au sein.

Résorption d'un abcès sous l'influence des onctions mercurielles et du vésicatoire pansé avec l'onguent mercuriel. — Le nommé Beaumont, carrier, âgé de quarante ans, d'une constitution sèche et vigoureuse, se présenta, le 19 décembre 1843, à la consultation de l'hôpital Beaujon. Il avait fait, trois jours auparavant, de violents efforts nécessités par sa profession, et avait éprouvé une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine. Obligé d'abandonner son travail, cet homme demandait à être reçu à l'hôpital. La fièvre était modérée, une tumeur arrondie, douloureuse, du volume d'une moitié de pomme d'api, existait à deux travers de doigt au-dessous de la partie moyenne de la clavicule gauche, dans le tissu cellulaire sous-cutané ; la tumeur était douloureuse à la pression, présentait un commencement de fluctuation, et n'offrait aucune trace d'ecchymose. Les mouvements de la respiration ne modifiaient en aucune manière la tumeur ; ils en éprouvaient une gêne légère ; ceux du bras gauche ne se faisaient qu'avec difficulté. La

santé générale était à peine troublée. M. Martin-Solon admit ce malade dans son service pour appliquer à une phlegmasie peu profonde et accidentelle l'usage des frictions mercurielles, et étendre avec facilité l'action de cet agent si communément employé contre des phlegmasies dont les symptômes et la marche sont moins accessibles à nos sens.

25 sangsues et des cataplasmes furent appliqués le 20 janvier sur le point malade; la suppuration continua à faire des progrès, et la base de la tumeur s'étendit d'un tiers. Quoique la fluctuation fût devenue générale le 23 décembre, et que l'ouverture très-facile de l'abcès fût pour ainsi dire indiquée, M. Martin-Solon voulut tenter les onctions mercurielles. La tumeur fut, trois fois par jour, recouverte d'une couche très-épaisse d'onguent mercuriel et d'un cataplasme. Le malade prit une bouteille d'eau de Sedlitz, et continua l'usage de la limonade et des potages. Il n'exécutait aucun mouvement avec le bras gauche.

Le 27 décembre la tumeur était diminuée de volume, mais une nouvelle tuméfaction se développait quatre ou cinq centimètres plus bas. Le traitement fut continué, et le 1er janvier il n'existait plus de trace d'abcès ni de phlegmasie; les mouvements du bras se faisaient sans douleur.

Le 3 janvier, à la suite de mouvements inconsidérés, la douleur reparut et fut bientôt suivie de tumeur et de fluctuation. Cette fois on couvrit celle-ci, le 7 du mois, d'un vésicatoire, puis l'on pansa avec une couche épaisse d'onguent napolitain. La résorption se fit remarquer de jour en jour. Le 12 janvier la douleur n'était plus sensible, et le 27, Beaumont sortit se servant parfaitement de son bras, et n'offrant aucune trace de sa tumeur phlegmoneuse.

L'observation de ce fait n'avait d'autre but que de démontrer quelle activité l'onguent mercuriel donne à l'absorption, et comment des érysipèles phlegmoneux des avant-bras ou d'autres régions, traités par le vésicatoire à l'onguent mercuriel, arrivent souvent à la résolution; comment l'onguent mercuriel et la compression déterminent souvent la résolution d'érysipèles œdémateux des membres; et comment enfin, dans la péritonite, cette médication présente des avantages si incontestables depuis qu'elle a été introduite dans la science par Vanderzande et par une foule d'honorables confrères, qui ont publié les fruits de leurs recherches et de leurs travaux dans le *Bulletin de thérapeutique*.

On conçoit, en effet, que si une phlegmasie arrivée à son terme, la suppuration, peut encore se terminer par une sorte de résolution, la résorption, cette issue doit lui être plus facile par la médication mercurielle, lorsqu'elle est dans une période moins avancée.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

APOPLEXIE (*Des différents effets de la saignée dans l'*) *suivant qu'elle est pratiquée sur une artère ou sur une veine.* Le travail dont nous allons présenter les idées principales est dû à Ch. Bell, et a été traduit par le docteur C. Saurel. Basé sur des idées purement hydrauliques, nous n'en acceptons qu'avec une extrême réserve la justesse et les conséquences, et il ne nous faut rien moins que le grand nom de Ch. Bell pour que nous le présentions aux méditations de nos lecteurs. Ajoutons d'ailleurs que, soit par la faute du traducteur, soit par celle de l'auteur, les opinions du célèbre physiologiste anglais ne nous ont pas semblé toujours très-clairement exprimées; de sorte que si le lecteur éprouve quelque embarras, qu'il ne s'en prenne pas à nous, qui l'avons éprouvé de même.

Quand le cerveau, dit Ch. Bell, vient à être enflammé, nous saignons pour diminuer la rapidité de la circulation et la facilité avec laquelle le sang passe d'un ordre de vaisseaux dans l'autre, parce que c'est l'active transmission du sang artériel dans les veines qui entretient l'inflammation; lorsque nous supposons qu'un vaisseau s'est rompu dans le cerveau, nous saignons pour diminuer la force de la circulation, parce que nous savons que l'orifice du vaisseau rompu devra se fermer au moyen d'un caillot, lorsque la formation en sera rendue possible par l'amoindrissement de la force du courant dans l'intérieur de ce vaisseau; mais, à raison des conditions particulières dans lesquelles s'exécute la circulation intra-crânienne, il y a lieu de se demander sur quel ordre de vaisseaux, veines ou artères, on devra pratiquer la saignée; question tellement importante, que la vie des malades peut dépendre de la solution à lui donner.

Lorsque, par l'effet d'un état morbide de ses membranes, ou par un excès de force impulsionnelle, une artère de la base du crâne vient à se rompre, le sang file par l'ouverture produite, et se répand autour du cerveau jusqu'à ce que l'écoulement en soit arrêté par la résistance de toutes les parties intra-crâniennes. A mesure qu'il s'échappe du vaisseau lésé, il doit y avoir compression de plus en plus grande de ce vaisseau et des autres; la dilatation en sera de plus en plus gênée, puisqu'il n'existe ni espace libre, ni substance compressible dans l'intérieur du crâne; par conséquent, toutes les fonctions dont l'intégrité dépend de celle de la circulation dans le cerveau seront ou altérées ou même perdues.

Lorsque, à la suite d'un ramollissement de la substance de l'organe, ou sans que cette altération ait préexisté, des artères de plus petites dimensions se rompent dans le cerveau, comme il arrive souvent dans le corps strié, et laissent échapper le sang, l'effet général est moindre, l'effet local est plus grand que dans le cas précédent, le caillot comprimant les fibres ou canaux de la substance cérébrale qui tiennent sous leur dépendance le sentiment et le mouvement, ou même y produisent une solution de continuité. Il pourra toutefois arriver que l'extravasation sanguine dépasse ses premières limites, que le sang se répande à la périphérie de l'organe ou qu'il en remplisse les ventricules, et que l'apoplexie survienne après la paralysie partielle. Comment cet épanchement, qui était d'abord peu de chose, comparativement parlant, pourra-t-il être borné? Quels moyens avons-nous d'atténuer l'impulsion artérielle sans détruire la compression générale qui s'oppose aux progrès ultérieurs du mal, à l'accroissement du caillot?

La saignée ne diminue pas la quantité du sang dans le cerveau, il est vrai; cela résulte d'expériences faites par Ch. Bell et relatées dans ce travail; mais elle peut diminuer la rapidité de sa course, et changer dans l'organe les proportions relatives de sang artériel et de sang veineux. Elle peut donc empêcher le sang d'abandonner les vaisseaux où il conservera son état naturel, au lieu de former une masse de coagulum. L'auteur établit ceci par un exemple familier :

Que l'on prenne, dit-il, un vase de verre, qu'on le remplisse d'eau, qu'on le ferme, et qu'à travers le

bouchon on introduise deux tubes de verre également remplis d'eau; que l'on renverse ensuite l'appareil: si les deux tubes sont d'une égale longueur, il ne s'écoulera pas de liquide; mais s'il y en a un plus long que l'autre, l'eau s'écoulera par celui-là, tandis que l'air s'élèvera dans le second. Si, au lieu d'être suspendu dans l'air, le tube le plus court plonge dans de l'eau, l'eau s'élèvera dans ce tube; et, si elle est colorée, on la verra arriver et se répandre dans le vase. Pas n'est besoin de dire lequel de ces tubes représente l'artère, et lequel représente la veine, et il est clair que, plus le liquide coulera avec facilité dans celui-ci, moins le liquide coloré aura de peine à s'élever dans l'autre.

D'après cela, quand il y aura extravasation sanguine dans le cerveau, qu'est-ce qui sera le plus convenable, d'ouvrir l'artère temporale, ou de tirer du sang par les veines? Il est manifeste que, les artères extérieures de la tête et les artères du cerveau étant des branches du même tronc, l'artériotomie, sur une de ses branches extérieures, doit, dans tous les cas, vitalement et hydrauliquement parlant, diminuer l'afflux du sang dans les artères du cerveau. Lorsque, en regardant un jet d'eau, on voit la colonne de liquide s'affaisser tout à coup, on peut être certain que quelqu'un vient de lui donner une issue dans un embranchement du tuyau principal.

Si l'on tire du sang des veines, et spécialement des veines du cou, on favorise la descente de celui qui est contenu dans les sinus, et l'on diminue ainsi la pression sur le cerveau; par suite, la tendance à l'augmentation du caillot, au moyen d'un nouvel écoulement de sang par l'artère rompue, se trouvera augmentée.

Comme conclusion principale et pratique de ce qui précède, et d'autres considérations encore que nous passons sous silence, Ch. Bell ajoute: si l'on fait usage de la lancette, dans l'idée qu'il existe une extravasation sanguine, et avec la crainte que le caillot ne devienne plus considérable, ce qui convient le mieux, c'est d'ouvrir l'artère; si l'on soupçonne qu'il y a obstacle au retour du sang veineux, c'est à la phlébotomie qu'il faut avoir recours, bien qu'alors l'artériotomie ne soit pas spécialement contre-indiquée. (*Gaz. méd.* de Montpellier, n° 9, 1843.)

BEC-DE-LIÈVRE (*Nouvelle méthode pour l'opération du*). — L'opération du bec-de-lièvre, par les procédés ordinaires, donne très-rarement lieu à un résultat complétement satisfaisant; que l'on ait pratiqué l'avivement des bords de la solution de continuité en ligne droite ou par une incision elliptique, presque toujours, après la guérison, quel que soit d'ailleurs le procédé de réunion mis en usage, il reste, sur le bord libre de la lèvre, une encochure de un ou plusieurs millimètres de hauteur. C'est après avoir bien constaté cette difficulté de l'opération, par le rapprochement de nombreuses observations, que M. Malgaigne a cherché à y remédier par un procédé nouveau, dont le fait suivant donnera une idée exacte.

Le nommé Maréchal, âgé de vingt-trois ans, est atteint d'un bec-de-lièvre congénital; la lèvre supérieure, dans sa portion gauche, à six millimètres de la ligne médiane, présente une division qui occupe les trois quarts de sa hauteur totale; dans l'écartement des bords de la division on aperçoit l'incisive latérale gauche, à peine sortie de son alvéole, et une brèche encore plus désagréable, résultant de la perte de l'incisive médiane. Les deux lèvres sont très-épaisses. En essayant de rapprocher avec les doigts les deux portions de la lèvre, on les voyait s'enfoncer, et la forte encochure laissée sur le bord labial montrait assez la difficulté que l'opération éprouverait par le procédé ordinaire. Il fut opéré, le 12 décembre, de la manière suivante: Le malade était assis sur une chaise; le chirurgien, d'un premier coup de ciseaux, divisa le frein de la lèvre qui descendait un peu trop bas, et, d'un second coup, il prolongea le bec de lièvre en haut jusque sous les narines; alors, se portant du côté gauche du malade, pour faire agir les ciseaux de haut en bas, il procéda à l'avivement en commençant dans l'incision qu'il venait de faire et continuant jusqu'à deux millimètres du bord libre de la lèvre. — « Je pris grand soin, dit l'auteur, de longer parallèlement l'angle arrondi qui joint le bec-de-lièvre au bord labial, afin d'avoir des lambeaux partout également épais, et d'arriver près du bord de la lèvre, dans le point où il est encore horizontal. Pour cela, il fallut de chaque côté deux coups de ciseaux, l'un, qui ar-

rivait jusqu'à l'angle, et l'autre, qui contournait cet angle; de telle sorte qu'en réalité, la plaie à réunir se composait de trois sections, dans une direction verticale d'abord, puis de plus en plus oblique, sans compter la surface saignante des petits lambeaux restés pendants de chaque côté, et qui avaient encore une direction différente. Mais, dès l'application de la première épingle, qui fut placée toot en bas de la portion cutanée de la lèvre, la réunion se fit exactement; et, comme les petits lambeaux ne tenaient que par un très-mince pédicule, leur renversement de haut en bas, et leur affrontement face à face, n'offrit pas la moindre difficulté. Deux autres épingles furent placées au-dessus de la première, après quoi, le chirurgien tailla les lambeaux de manière à en garder juste ce qu'il jugea convenable pour combler le déficit de la lèvre; il les réunit ensuite par deux points de suture entrecoupée en avant, un troisième en arrière. Le malade fut renvoyé à son lit sans bandage ni aucun autre appareil, on ne lui donna que des potages. Le quatrième jour, on enleva les épingles et les points de suture entrecoupée; le sixième jour, les fils de suture entortillée tombèrent, laissant voir une cicatrice complète. Le 26 décembre, le sujet voulut quitter l'hôpital; il était dans l'état suivant : la cicatrice d'union est linéaire en haut, et près du point où la première épingle a été posée, elle s'élargit et offre près de deux millimètres. De là, on dirait qu'elle se bifurque en manière de V renversé, circonscrivant un tubercule ferme, rosé, charnu, qui est le résultat de l'adossement des deux petits lambeaux flottants; la bifurcation apparente de la cicatrice tient au pli de renversement de ces deux lambeaux; quand la bouche est fermée, elle paraît aussi régulière que s'il n'y avait eu là, au lieu d'un bec-de-lièvre, qu'une incision réunie par première intention. »— Ce procédé, dont l'efficacité vient d'être prouvée, du moins pour le cas dont il est ici question, a, sur le procédé ordinaire, l'avantage de conserver le plus de tissu possible, et d'utiliser ce tissu, précisément dans le point où la perte de substance est plus particulièrement sensible, c'est-à-dire près du bord labial. Il est aisé, d'après cela, de comprendre comment on peut éviter l'encochure, presque inévitable par les autres méthodes.

(*J. de Chirurgie*, janv. 1844.)

CATARACTE (*Observation de*) *guérie spontanément*. Les exemples de guérison spontanée de la cataracte proprement dite, c'est-à-dire du retour de l'organe affecté à son état naturel, sont excessivement rares, et même, au dire de Delpech, il n'en existe pas. C'est aussi l'opinion du plus grand nombre des pathologistes modernes, qui ont complétement rejeté tout traitement médical de cette affection. Ils croient cependant qu'on peut obtenir la guérison des cataractes produites par des blessures, ou lorsqu'elles ont pour cause l'inflammation de la capsule du cristallin. L'observation suivante, publiée par M. le docteur Roussilhe, est un cas de guérison spontanée de cataracte vraie; elle offre par conséquent un vif intérêt. Un homme de 48 ans, qui n'a jamais éprouvé de maladie des yeux, raconte seulement que son œil droit avait plus de force que le gauche. En 1827, il crut qu'un corps étranger était entré dans son œil droit; les mouvements de cet organe étaient douloureux. Il imaginait qu'étant allé voir piquer une meule de moulin, un peu d'acier était entré dans son œil. Il consulta un médecin, qui trouva l'organe dans son état naturel, et n'y vit aucun corps étranger; il ordonna un bain de pieds qui calma tous les symptômes d'irritation. Environ quinze jours après, le malade, étant allé à l'église, s'aperçut qu'il ne voyait avec son œil droit que comme à travers un voile épais. Des divers moyens qui furent mis en usage, le malade ne peut indiquer qu'un vésicatoire appliqué à la nuque, qu'il garda plus de quatre mois.

M. Roussilhe vit le malade six mois après l'invasion de sa maladie; son œil droit était cataracté, la membrane capsulaire était d'un blanc nacré; la couleur de l'iris était châtain foncé; la pupille se contractait très-bien quand on la soumettait à une vive lumière; le malade voyait la lumière comme entourée d'un brouillard très-épais. La cornée, examinée avec le plus grand soin, ne présentait aucune trace de cicatrice. Tout traitement médical parut inutile; M. Roussilhe conseilla au malade de ne rien faire.

Environ un an après, le malade

commença à voir le brouillard noir et épais. A partir de cette époque, l'amélioration fit des progrès presque insensibles, mais très-bien appréciés de cet homme, qui ne manque pas d'intelligence. Ce ne fut qu'en 1837 que M. Roussilhe le revit, il lui annonça sa complète guérison. Voici quel était l'état de son œil : cet organe est plus petit que celui du côté opposé ; il n'y a plus d'opacité derrière la pupille ; l'iris est d'un gris clair ; la face antérieure de cette membrane, au lieu d'être convexe en avant, est un peu concave. La chambre antérieure de l'œil droit est plus grande que celle de l'œil gauche ; la pupille est plus dilatée dans l'organe malade que dans l'organe sain. Quand la pupille se resserre, l'iris est flottant et forme des espèces de plis à la partie inférieure de l'ouverture pupillaire ; la vision, quoique rétablie, s'exerce mal. Le malade voit assez bien pour se conduire, mais il ne peut distinguer diverses nuances de couleurs ; il confond le bleu avec le noir ; il ne peut pas lire avec cet œil, quoiqu'il ait essayé des verres concaves n° 12.

On peut se demander si cette cataracte n'était pas traumatique. Cependant l'absence de cicatrice sur la cornée, le défaut d'inflammation de l'œil, l'impossibilité de voir ou de trouver le corps étranger, la cessation presque spontanée de tous les symptômes d'irritation, toutes ces circonstances, notées avec soin par M. Roussilhe, portent à penser qu'il n'y a pas eu de traumatisme, et que déjà la maladie existait sans que le malade s'en fût aperçu. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, janvier 1844.)

EMPOISONNEMENT *par l'arsénite de potasse* (*Cas d'*). Des premiers, nous nous sommes élevés avec force contre les nouvelles tentatives faites pour réintégrer l'arsenic dans la thérapeutique des fièvres intermittentes. A propos des publications de M. le docteur Boudin, nous avons signalé les dangers de populariser cet agent redoutable, et cela, malgré la prudence bien connue de ce médecin et ses formules irréprochables. L'empirisme, toujours aveugle et brutal, paraît s'être emparé des idées de M. Boudin, et l'on va voir, par l'exemple suivant, raconté par M. le docteur Pleindoux, à quelles doses effrayantes l'arsenic a été administré, et les tristes résultats qui en ont été la suite.

Un homme de 54 ans, atteint depuis quelque temps d'une fièvre intermittente, prit, le 16 mai dernier, un remède secret qui, disait-on, guérissait d'une manière infaillible les accès de fièvre ; c'était le nommé Maurin qui avait envoyé dans ce village un dépôt de son remède, contenu dans des topettes, avec des étiquettes portant : de tel âge à tel âge, etc.

Le malade, pour se conformer à la prescription de l'auteur, prit la topette portant l'étiquette de 30 à 48 ans, et suivit de point en point les instructions, qui étaient de prendre la moitié de la dose le matin, à jeun, et, si cette moitié faisait vomir, de prendre de l'eau chaude pour faciliter les vomissements. L'autre moitié devait être prise deux heures après la première. Le malheureux, après avoir avalé, à six heures du matin, la moitié de la dose du remède, fut pris immédiatement de vomissements et de diarrhée ; quelques heures plus tard, il souffrait beaucoup de douleurs à l'estomac, il lui était impossible de supporter sur cette région la moindre pression. Un médecin appelé fut surpris, épouvanté même du facies du malade, qui avait la figure pâle, les traits allongés et les yeux enfoncés dans l'orbite, enfin, le facies hippocratique. Le pouls était petit et serré, la langue très-rouge, crampes aux jambes, selles et vomissements abondants. Le malade mourut dans la nuit, après avoir éprouvé les plus cruelles douleurs et n'ayant pris que la moitié de la dose du remède secret.

Cette mort fit beaucoup de bruit. Le maire de l'endroit fit faire l'analyse du liquide contenu dans la topette par un pharmacien d'Arles, qui déclara y avoir trouvé de l'arsenic ; dès lors, le maire dénonça le fait au procureur du roi de Nîmes, qui ordonna l'autopsie.

L'exhumation ne put se faire que dix-huit jours après. L'analyse des organes ne laissa aucun doute sur la présence de l'arsenic. Les topettes du médicament sont composées d'eau contenant, en solution, de l'arsénite de potasse dans diverses proportions. La première, destinée aux gens de 30 à 48 ans, contient 35 centigrammes d'arsénite de potasse pour 32 grammes d'eau ; la seconde, de 19 à 24 ans, 30 centigrammes ; la troisiè-

me, de 18 à 22 ans, 25 centigrammes; la quatrième, de 8 à 10 ans, 20 centigrammes.

Il est bon d'ajouter que l'empirique Mauriu, traduit devant le tribunal de police correctionnelle de Nîmes, a été condamné à cinq mois de prison et 50 francs d'amende, comme coupable d'avoir commis un homicide par imprudence et d'avoir fabriqué un remède secret. (*Gaz. Méd. de* Montpellier, janv. 1844.)

ÉPILEPSIE (*Observation d'*) *guérie par l'extraction d'un corps étranger du conduit auditif.* L'observation suivante, publiée par M. le docteur Roussilhe, offre un véritable intérêt. Le nommé Jean Raynes, cultivateur, âgé de trente ans, demeurant à Villeneuve-la-Comtal, introduisit en 1833 une petite pierre dans son oreille gauche. Pendant longtemps il n'éprouva qu'un peu de surdité; plus tard, le conduit auditif fut le siége d'un écoulement auquel le malade ne porta aucune attention. En 1836 il fut atteint de vertiges qui l'obligèrent à cesser son travail. A l'époque de la moisson, une attaque très-forte d'épilepsie se déclara, et depuis ce temps-là ces attaques se sont reproduites avec la plus grande irrégularité. M. Roussilhe consulté en 1838, le nommé Raynes lui a offert un regard étonné; il est sujet aux vertiges, qui précèdent toujours les attaques d'épilepsie. Sa mère, présente à la consultation, lui parla d'un corps étranger qui aurait été introduit dans l'oreille quelque temps avant l'invasion de la maladie. Se rappelant une observation de Fabrice de Hilden, où l'extraction d'une boule de verre de l'oreille d'une jeune fille avait fait cesser l'épilepsie, il proposa d'en faire l'extraction. L'oreille, examinée avec le spéculum, fit voir une masse de cérumen qui oblitérait le fond du conduit auditif. Ce canal était légèrement enflammé et était le siége d'un écoulement séro-purulent. Plusieurs injections avec l'eau de savon alcoolisé furent faites. Le cérumen, ramolli par la température élevée de l'injection, fut enlevé au moyen d'un stylet boutonné. Arrivé au corps étranger, il essaya vainement de faire passer la chasse du stylet légèrement ployée au delà de son grand diamètre et de l'entraîner au dehors: il ne fit que l'ébranler. Il laissa reposer le malade, qui avait beaucoup souffert de ses tentatives. Il remplit le conduit auditif avec l'huile d'olive chaude qu'il laissa séjourner. Il prit un fil d'argent de 20 centimètres, il le plia par le milieu, de manière à former une anse, il l'introduisit jusqu'au corps étranger, et tâcha de le faire passer au delà, ce qui fut assez facile; il retira doucement son anse, qui entraîna le corps étranger, qui était une pierre inégale et presque triangulaire. Ce corps étranger avait séjourné cinq ans dans l'oreille. Il conseilla au malade des injections émollientes dans le conduit auditif, et de prendre tous les jours une infusion de valériane. Depuis ce jour jusqu'au mois de septembre 1843, les attaques d'épilepsie n'ont pas reparu. M. Roussilhe est porté à croire que la maladie ne se reproduira plus. (*Journ. de méd.* de Bordeaux, janvier 1844.)

ÉVENTRATION OMBILICALE *congénitale énorme, qui a laissé vivre l'enfant pendant deux mois et demi.* L'observation suivante, que nous reproduisons d'après M. Goyrand, d'Aix, ne renferme pas seulement un fait pathologique rare, mais elle soulève encore une question fort intéressante de médecine légale. — Le 3 janvier 1842, à trois heures du matin, Madame Gl... accoucha avec facilité d'un enfant mâle, assez gros, dont les viscères abdominaux étaient presque entièrement contenus dans une hernie exomphale. L'éventration formait, à la base du cordon ombilical, une tumeur globuleuse lisse. Les enveloppes n'étaient pas transparentes; elles avaient la couleur blanche des enveloppes du cordon. Les vaisseaux ombilicaux passaient au-dessous de la tumeur, formant un faisceau saillant qu'on pouvait suivre jusqu'à l'ouverture ombilicale; cette tumeur était élastique, susceptible d'une légère diminution de volume par la pression; les cris de l'enfant en augmentaient la tension. L'opacité des enveloppes empêchait qu'on ne distinguât les viscères qui la formaient; mais, à en juger par son volume et le peu de capacité de l'abdomen, la plus grande partie des viscères abdominaux devait s'y trouver. La cavité abdominale avait beaucoup moins de largeur et de profondeur que dans l'état normal; ses parois étaient déprimées sous les hypochondres; quant à la tumeur, voici ses dimensions: circonférence, dans le point le plus

renflé, 23 centimètres 8 millimètres (8 pouces 7 lignes); circonférence à la base de la tumeur, 21 centimètres 5 millimètres (7 pouces 9 lignes); diamètre transverse et vertical, mesurés d'un point de la circonférence de la base au point opposé, en passant sur le milieu de la tumeur, 17 centimètres 8 millimètres (6 pouces 5 lignes et demie). La peau du ventre se prolongeait sur la base de la tumeur, comme elle se prolonge ordinairement sur la racine du cordon, et formait là un rebord circulairede 5 ou 6 millimètres de largeur, qui se continuait avec les enveloppes du cordon ou de la hernie; il n'existait aucun autre vice de conformation.

Bientôt après sa naissance, l'enfant urina et rendit du méconium; les pressions exercées sur la tumeur faisaient couler le méconium et les urines.

Mon pronostic fut grave. Deux de mes confrères, qui virent l'enfant en consultation, pensèrent, comme moi, qu'il n'était pas viable. Nous fîmes faire des fomentations émollientes sur la tumeur.

Les premiers jours, l'enfant téta bien, toutes ses fonctions s'exécutèrent régulièrement, son sommeil était bon; le cinquième jour, une ligne de suppuration séparait les enveloppes du cordon de la peau périomphalique. L'on continua les fomentations.

Les jours suivants, du pus se forma entre le sac et les membranes du cordon qui formaient l'enveloppe externe de la hernie; il se fit à ces membranes quelques déchirures qui laissaient couler du pus; quand on découvrait l'enfant, il s'exhalait de ses langes une odeur infecte.

Le 15 janvier, je détachai, avec les ciseaux d'assez grands lambeaux de membranes; au-dessous, se trouvaient des bourgeons charnus de bonne nature.

Le 17, de nouveaux lambeaux membraneux et le cordon se détachent, il reste encore une partie de l'enveloppe extérieure de la hernie, séparée du sac par un pus demi-concret.

Le 25, les membranes extérieures se sont entièrement détachées, le sac est couvert de bourgeons charnus, vermeils, qui fournissent une suppuration de bonne nature; la peau qui entourait la base de la hernie est attirée, par la force de cicatrisation, sur le sac, qui cède, à son tour, à l'action de la peau. De l'action de la force inodulaire sur la peau, et de celle-ci sur le sac, résulte un changement dans la forme de la hernie, qui s'élargit à sa base, devient moins saillante, plus dure, et prend une forme conique.

En février, la peau s'est de plus en plus rapprochée du point le plus saillant du sac et la tumeur est devenue tout à fait conique. Les premiers jours de mars, il ne restait plus sur le sac qu'une surface de la largeur d'une pièce de 2 francs qui ne fût pas recouverte par la peau.

Jusqu'alors, la santé de l'enfant avait été bonne; mais, au milieu de mars, il survint tout à coup des accidents excessivement graves (suppression totale des selles, vomissements continuels), qui firent périr le petit malade en quatre jours.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce fait, c'est, dit M. Goyrand qui le publie, le mécanisme par lequel la nature tendait à achever, après la naissance, un travail qui était resté incomplet pendant la vie fœtale; il est vrai que le petit malade a été victime de ce travail organique, car il est très-probable que l'iléus qui l'a fait périr est résulté de la compression qu'ont subie les viscères par suite du resserrement de la cavité exomphalique; mais ou sait que la force inodulaire n'a pas la même énergie chez tous les sujets et dans toutes les circonstances. Supposons que la peau périomphalique n'eût pas été attirée aussi fortement sur le sac, qu'une partie plus considérable de la surface du sac se fût cicatrisée par exsiccation, et on concevra la possibilité de la guérison.

Ce fait n'est-il pas de nature à modifier un peu l'opinion des médecins sur la non-viabilité des enfants qui naissent avec une éventration ombilicale? (*Journ. de la Chirurg. franç. et étrang.*, janv. 1844.)

FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE (*Observation de*) *chez un enfant de douze ans*. Les faits analogues à celui publié par M. le docteur Andrieux de Brioude, et dont nous allons donner une analyse succincte, sont assez rares dans la pratique pour qu'un certain intérêt s'attache à celui-ci. — Le 26 novembre 1843, un petit garçon de douze ans, après avoir joué toute la journée comme d'habitude, est pris, le soir,

d'un léger malaise accompagné de quelques envies de vomir. A dix heures du soir ce malaise était remplacé par une fièvre très-forte accompagnée d'agitation, de mal à la tête, douleurs dans les membres et de fréquentes envies de vomir sans résultat. Le lendemain, jusqu'à 7 heures du soir, ces accidents semblaient se dissiper, lorsqu'ils reparurent de nouveau. Le pouls comptait 140 pulsations; face abattue, alternativement rouge et pâle; ventre et épigastre extrêmement douloureux à la pression; céphalalgie intense, soubresauts des membres, et à chaque instant le malade se cramponnait brusquement aux couvertures comme pour éviter une chute. Interrogé sur ce point, il répondit qu'il lui semblait toujours glisser sur une planche sans pouvoir se retenir. Les yeux étaient fermés. M. Andrieux crut à une inflammation gastro-intestinale et prescrivit des sangsues à l'épigastre, des cataplasmes, une potion calmante. Toute la journée du lendemain se passa dans les apparences de l'amélioration; le médecin croyait encore une fois être maître de la maladie, lorsque vers le soir les phénomènes de la veille se reproduisent avec plus d'intensité. Le malade est abattu, enfoncé dans son lit, les yeux fermés, répondant à peine aux questions qui lui étaient adressées; agitation et tremblotement des mains; face grimaçante et contractée prenant une remarquable expression d'anxiété au moindre contact de l'épigastre. Pouls intermittent à 170 pulsations. En écartant par hasard les paupières, M. Andrieux aperçut que la sclérotique offrait une teinte bleuâtre très-prononcée. Cette coloration, qu'il avait souvent vue dans les fièvres intermittentes simples, ouvrit une autre direction à ses idées. Il supposa qu'il pouvait bien avoir affaire à une fièvre intermittente pernicieuse larvée. Il examina la rate, la trouva hypertrophiée, et il précisa alors son diagnostic. Il prescrivit une potion avec le sulfate de quinine. Le lendemain au soir les phénomènes morbides, qui avaient fait silence dans la journée, se reproduisirent, mais avec une intensité infiniment moindre. On continue le sulfate de quinine. Le jour suivant l'accès n'a été indiqué que par un petit frisson. L'enfant demande à manger; rien n'apparaît plus les jours suivants, et une convalescence franche s'établit. (*Annales d'obstétrique*, etc., décembre 1843.)

HERNIE CRURALE (*Phénomènes insolites dans deux cas de*). S'il n'est pas en pathologie une question qui ait été plus souvent et mieux étudiée que l'histoire des hernies, c'est qu'il n'en est aucune qui présente un plus grand nombre de variétés, soit symptomatiques, soit thérapeutiques : sous ce double rapport les deux faits suivants offrent un intérêt réel. Le 19 décembre est entré à l'hôpital de la Charité la femme Debenne, âgée de quarante-un ans; il y a sept mois, cette femme, à l'occasion d'un effort qu'elle fit en soulevant un volet, s'aperçut qu'elle portait dans l'aine une tumeur qui fut bientôt étranglée, et pour laquelle elle subit à la Charité, à cette même époque, une première opération suivie d'un succès complet. Il y a quelques jours, elle fit une nouvelle chute; sa tumeur herniaire reparut, s'étrangla, et de nouveau il fallut recourir à l'opération. Avant d'y procéder, on dut se rappeler qu'à la suite de la première il y avait quelques clapiers qui avaient persisté assez longtemps, et que, de plus, une portion d'épiploon non réduite avait été laissée à l'orifice du canal crural. Ces données devaient faire penser que les parties herniaires ne se trouveraient pas dans leur ordre habituel et qu'il y aurait pour cette seconde opération des circonstances anormales. Or, il n'en fut rien : tout se passa comme à l'ordinaire; l'incision des téguments n'a rien présenté de remarquable; seulement, au lieu de couches superposées, la cicatrice ancienne avait confondu tous les tissus en un plan homogène; il n'y avait du reste aucune adhérence profonde; l'épiploon était libre, et l'anneau paraissait plus étroit qu'il ne l'est ordinairement. M. Velpeau a opéré le débridement sur deux points, en haut et en dehors. Contrairement à la plupart des chirurgiens, M. Velpeau pratique le débridement au côté externe, bien que les vaisseaux qu'il faut ménager se trouvent précisément en dehors. Pour justifier cette méthode, le chirurgien de la Charité fait appel à l'anatomie. L'artère épigastrique et les vaisseaux fémoraux, bien que placés au côté externe du canal crural, ne se trouvent pas auprès de l'orifice externe, mais bien au côté externe de l'orifice interne. Il s'ensuit que

l'on peut sans crainte inciser en dehors l'orifice externe, puisqu'il y a près d'un centimètre entre lui et l'artère épigastrique ; que si, par exception, l'étranglement avait lieu à l'orifice interne du canal, la proximité de cette artère prescrirait, dans ce cas, de pratiquer le débridement dans une autre direction. M. Velpeau insiste encore sur la position des vaisseaux fémoraux dans la paroi postérieure du canal ou anneau crural, qui doit empêcher de jamais inciser cette même paroi. La seconde observation nous fournit l'exemple d'un corps étranger à l'intérieur du sac, rendant par sa présence le diagnostic fort difficile. Augustine Dunarre, âgée de quarante-un ans, portait depuis très-longtemps une hernie crurale qui s'étrangla subitement le 16 décembre; le mercredi 20, cette femme, voyant tous les moyens de réduction échouer, se décida à l'opération; c'était le quatrième jour que durait l'étranglement. L'incision des téguments n'offrit rien de spécial; mais, arrivé plus profondément, quelque chose de noirâtre se présenta à l'instrument. Cette masse noire était globuleuse, recouverte d'une lamelle ayant toutes les apparences du sac; cette tumeur était d'une forme si singulière, qu'un instant M. Velpeau se demanda si elle n'était pas formée par l'appendice cœcal quintuplé de volume. En incisant avec précaution sur cette masse noirâtre, on ne douta plus que ce ne fût de la graisse. On arriva sur le sac qui fut incisé à son tour : l'intestin était au fond. Mais c'était dans le temps de l'opération que devait surgir la plus grande difficulté. A peine le sac fut-il ouvert qu'il se présenta un *pois*; la conséquence de la présence de ce corps étranger dans le sac était donc qu'il existait une gangrène avec perforation de l'intestin. Cependant l'anse intestinale est ferme, résistante, bosselée, bien tendue; l'anneau était serré et l'étranglement existait. M. Velpeau alors, sans toutefois s'expliquer la présence du corps étranger, prit le parti de débrider; aucun symptôme de gangrène ne pouvant être constaté. Après le débridement, un examen attentif ayant éloigné toute raison de croire à une perforation intestinale, le chirurgien réduisit l'intestin; quant au corps étranger pris d'abord pour un pois et qui jeta le chirurgien dans un embarras fort grand, il se trouva qu'à l'examen qui en fut fait, ce n'était rien autre qu'un corps fibrineux libre dans le sac, ayant tout à fait la forme et le volume d'un pois. C'est un fait qui, d'après M. Velpeau, n'a jamais été observé : il a bien trouvé dans le péritoine un corps libre de la grosseur d'un marron; mais il ne pense pas que rien d'analogue ait été vu dans la cavité d'un sac herniaire. Pour lui ces corps sont semblables à ceux qui se forment dans les articulations; il est probable qu'ils reconnaissent pour origine de petits caillots sanguins qui, roulant dans le ventre, prennent une forme arrondie. (*Gaz. des hôp.*, 30 déc. 1843.)

HYDATIDES (*Recherches sur la transmission des*) *par contagion.* Du long travail que M. le professeur Klencke, de Braunschweig, a publié sur ce sujet, nous n'extrairons que la partie véritablement neuve, celle qui a trait aux expériences de l'auteur sur les hydatides considérées comme principe contagieux animé. Pour étudier la faculté reproductrice de la fausse hydatide, il fit choix de deux jeunes chiens et de deux jeunes chats, et il leur injecta dans la cavité abdominale, au moyen d'un trocart, de l'eau tiède contenant de ces hydatides, qu'il venait de recueillir dans le cerveau frais d'un cadavre humain. Après l'injection il eut soin de fermer avec précaution l'ouverture. Les animaux ne parurent pas souffrir beaucoup de cette opération; ils furent rendus à leurs mères. Ils se développèrent parfaitement. Au bout de trois mois, on trouva, en examinant l'abdomen, et partant de la plaie de la ponction, 1° une adhérence de la séreuse pariétale avec l'épiploon, au niveau de la plaie; sur cette adhérence, aussi bien que sur la face interne du péritoine, au voisinage de la cicatrice, existait, chez les deux chiens et chez l'un des chats, un très-grand nombre de fausses hydatides. Chez l'autre chat, chez lequel il n'y avait point d'adhérence, il n'y avait aucune trace de ces productions au voisinage de la cicatrice, tandis que sur la tunique péritonéale de la vessie on trouva une masse de fausses hydatides faisant saillie dans l'abdomen.

Il prit de très-petites cellules hydatiques dans le plexus choroïde d'un homme, et les inocula dans

l'orbite d'une vieille poule. Les accidents inflammatoires s'étaient dissipés le huitième jour. Au bout de treize semaines tout le côté externe de l'orbite était tuméfié, et l'œil dévié en dedans. A l'autopsie, on trouva l'orbite rempli d'une masse cellulaire contenant un très - grand nombre de fausses hydatides.

Quant à ses expériences sur les acéphalocystes et les echinocoques, un premier fait, qui paraîtra important pour l'explication de bien des phénomènes, c'est qu'il a trouvé des acéphalocystes dans le lait de vache, et à côté d'elles, nageant dans le sérum, il a retrouvé les petits ovules que l'on rencontre dans le corps de ces animaux. D'un autre côté, on trouve journellement dans la chair et le sang des animaux des acéphalocystes et des échynocoques, et si la cuisson ne détruisait ces hydatides, on serait continuellement exposé à la contagion. Une autre question, c'est de savoir si les forces digestives ne les détruisent point. Dans le but d'éclairer ce sujet, il fit l'expérience suivante : il plaça des échinocoques adultes dans le suc gastrique d'un chien et dans celui d'un homme. Au bout de trois heures, les parasites paraissaient morts. Après les avoir bien lavés dans l'eau tiède, il les inocula dans le tissu cellulaire souscutané de la cuisse d'un jeune chat. D'un autre côté, il plongea des échinocoques dans du suc gastrique étendu de moitié d'eau ou de lait. Il les inocula à un jeune chien en fendant la paroi abdominale jusqu'au péritoine, sans ouvrir ce dernier. Il plaça sur le péritoine même deux de ces parasites. Au bout de trois semaines, il retrouva les deux échinocoques notablement modifiées. Elles s'étaient transformées en vésicules, recouvertes à leur face extérieure d'une multitude de bourgeons et de cellules isolées, supportées par des pédicules.

De l'ensemble des expériences de l'auteur, il résulte que dans toutes les hydatides on observe une reproduction cyssipare et ovipare; qu'il y a de fausses hydatides qui se propagent pas blastidie; que toutes les hydatides se transmettent d'organisme à organisme; et comme on les trouve dans nos aliments fluides, et dans les chairs des animaux, elles peuvent être transmises par ingestion; que les acéphalocystes ne sont pas distinctes des échinocoques, ce ne sont que des œnfs de ces derniers avec ou sans coquille mère; que le torrent de la circulation sert à répandre les hydatides, quelle que soit la voie par laquelle elles ont pénétré dans l'économie; qu'il existe dans l'organisme des agents, et dans la matière médicale des substances qui peuvent détruire les hydatides. (*Archiv. sur die gesamente medicin. Gaz. méd. de Paris*, n° 52, 1843.)

INSUFFLATION *mécanique des poumons (Note sur l'), comme objection à la docimasie pulmonaire.* Dans une courte note que nous reproduisons presque intégralement, le docteur Rose Cormack donne la solution de l'une des principales difficultés que soulève l'application de la docimasie de la respiration. Trois objections principales ont été faites contre la preuve que l'enfant avait vécu, de ce que le poumon flotte audessus de l'eau.

1° L'enfant peut respirer et mourir avant d'être délivré? R. Ce n'est que dans les cas de certaines présentations anormales, qui rendent le travail difficile, que ce phénomène peut arriver; on devra donc s'informer si l'accouchement a été facile ou laborieux.

2° La putréfaction peut rendre les poumons spécifiquement plus légers que l'eau? R. Dans la putréfaction, l'air n'existe que dans le tissu cellulaire, et, à l'aide d'une loupe, on reconnaît facilement qu'il n'occupe pas les cellules pulmonaires.

3° L'insufflation mécanique de l'air peut faire surnager le poumon? R. Cette objection est la plus sérieuse, et Widberg, et, depuis, Beclard, se sont trompés quand ils ont dit que tout l'air introduit par l'insufflation artificielle pouvait être facilement chassé des poumons par la pression. M. Cormack pense que, dans les cas où l'insufflation a été faite avec assez de force pour que les poumons de l'enfant nouveau-né s'élèvent audessus de l'eau, un examen attentif permettra de voir les cellules déchirées, avec des lésions de quelquesuns des espaces interlobulaires et la présence des bulles au-dessous de la plèvre pulmonaire. Les faits sur lesquels il appuie cette assertion sont de deux espèces. Ayant employé des chiens et des lapins dans des expériences où il eut recours à la respiration artificielle lorsque la respira-

tion naturelle eut cessé, il remarqua ensuite que, malgré toutes les précautions qu'il avait pu prendre, le tissu pulmonaire était nécessairement plus ou moins déchiré. — Les enfants et les autres individus qu'on rappelle à la vie par la respiration artificielle sont ordinairement atteints de pneumonie qui les enlève souvent. Or, on ne peut douter que ces accidents ne soient le résultat de déchirures faites par l'insufflation mécanique, puisqu'on les retrouve à l'ouverture de tous ceux chez lesquels elle a été employée avec succès. L'auteur cite, à cet égard, une observation remarquable où ce fait est mis dans tout son jour. (*The London and Edimburg Journal, of Med. science.—Gaz. Méd. de Paris*, n° 2, 1844.)

LUXATION DE L'AVANT-BRAS EN AVANT (*Remarques pratiques sur la*). — La luxation de l'avant-bras en avant a été généralement regardée comme impossible par la plupart des chirurgiens, à moins qu'il n'y ait eu préalablement fracture de l'olécrâne : « Sans cette circonstance, disait Boyer, je ne sache pas qu'on en ait vu encore un seul exemple. » En présence de l'opinion d'un chirurgien aussi expérimenté, nos lecteurs comprendront l'intérêt qui se rattache à l'observation suivante, que nous reproduisons avec tous les détails qu'elle comporte.

Un jeune enfant de sept ans fit une chute à la suite de laquelle il accusa, dans l'articulation du coude, une très-vive douleur avec impossibilité de mouvoir l'avant-bras.

M. le docteur Monin, mandé peu de temps après, constata un raccourcissement notable du bras gauche, une tuméfaction considérable de l'articulation du coude, laissant néanmoins apercevoir, à sa face postérieure, un enfoncement profond, tandis que sa face antérieure était soulevée par un corps dur, arrondi, large, inégalement bosselé, facile à reconnaître pour l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras. M. Monin diagnostiqua une luxation en avant. Était-elle simple et non compliquée de fracture? Un examen attentif ne lui laissa aucun doute à cet égard : point d'apophyse olécrânienne en arrière et portée en haut par la contraction du muscle triceps, comme cela eût dû s'observer s'il y eût eu fracture, tandis qu'en avant la saillie de l'olécrâne permettait d'en constater l'intégrité. Pour réduire cette luxation, après avoir vu échouer l'extension et la contre-extension faites, l'avant-bras étant dans l'extension, M. Monin procéda différemment : fixant le lacs de l'extension à l'épaule, il plaça l'avant-bras dans une position fortement fléchie, non sans peine et sans douleur, puis, logeant au-dessous du pli du bras ses deux mains, dont il entre-croisa fortement les doigts sur la face palmaire de l'avant-bras, il se chargea seul de la contre-extension et de la coaptation. Cette manœuvre fut couronnée d'un plein succès; à peine les aides furent-ils mis en action, qu'appuyant de son côté vigoureusement sur l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras pour les porter en bas et en arrière, l'opérateur entendit le bruit que font les surfaces articulaires entre elles au moment où leur contact s'effectue. M. Monin nous apprend que son petit malade, immédiatement soulagé, put exécuter facilement les divers mouvements de flexion du bras et de rotation du radius. Il ajoute qu'il fit tenir le bras dans l'immobilité, l'articulation constamment enveloppée de compresses d'eau de Goulard froide. Il n'y eut pas d'accidents inflammatoires, mais un gonflement indolent qui ne se dissipa qu'avec beaucoup de lenteur; il fut combattu avec succès par l'usage des douches d'eau savonneuse et aromatique. Au bout d'un mois, l'enfant, que l'on exerça à exécuter insensiblement et par degrés les mouvements propres à l'articulation malade, se servait indifféremment de ce bras comme de l'autre.

Peut-on, après lecture de cette observation, élever des doutes sur la nature du déplacement articulaire qui s'y trouve signalé? Nous ne le pensons pas, bien que nous eussions désiré une étude plus complète des symptômes de cette luxation et surtout du diagnostic différentiel. Contestée, comme nous l'avons déjà dit, par les auteurs modernes, la luxation du coude en avant est admise par Hippocrate, ainsi que cela est prouvé par le passage suivant : « Il se peut que l'humérus s'échappe en arrière; cette luxation arrive rarement; elle est la plus douloureuse de toutes, la plus fébrile, et le point de départ de fièvres mortelles en peu de jours; ces blessés ne peuvent étendre le bras. Si quelqu'un se trouve immé-

diatement présent, il étendra de force l'articulation, et la réduction se fera d'elle-même. Si, au contraire, la fièvre vous prévient, il ne faut plus réduire la luxation, car la violence exercée accroîtrait la douleur.» (HIPPOCRATE, *Traité des Fractures*, art. 43, traduct. de Littré.) — Quant au mécanisme de la luxation, M. le docteur Monin l'explique par l'attitude de l'avant-bras au moment de la chute. L'enfant qui fait le sujet de son observation est tombé de la hauteur d'un mètre; l'avant-bras a dû se trouver fortement fléchi sur le bras; ainsi, l'olécrâne se trouvait dans une position presque parallèle à l'extrémité des condyles de l'humérus; les os de l'avant-bras devenant ainsi le point d'appui par l'extrémité olécrânienne du cubitus, la surface articulaire de l'humérus, obéissant à la force d'impulsion augmentée de tout le poids du corps, a pu glisser au-dessous de l'olécrâne. Mais un effort capable de produire un tel résultat déterminerait bien plus facilement la fracture de l'olécrâne. Pour prévenir cette objection, M. Monin nous dit que son malade est tombé sur un tas de fumier, et cette circonstance, suivant lui, explique pourquoi la fracture n'a pas eu lieu, ce qui serait sans doute arrivé si, dans la chute, le coude eût porté contre un plan dur et résistant. (*Journ. de Méd.* de Lyon, janv. 1844.)

MAL DE MER (*Traitement médical du*). Qu'est-ce que le mal de mer et quelle est sa nature? Question insoluble, à en juger du moins par les opinions aussi nombreuses que diverses des observateurs anciens et modernes. Cette affection est-elle le résultat des commotions imprimées aux organes digestifs, comme le veut M. Keraudren? Comme le dit M. Raspail, est-ce une asphyxie produite par le vide qui résulte de la marche rapide du vaisseau? Dirons-nous avec Darwin que le mal de mer est le résultat sympathique de l'affection cérébrale développée par la perversion de la vue que produit la marche du vaisseau? Adopterons-nous l'opinion plus récente qui attribue le mal de mer à la peur instinctive ou raisonnée que produit le perfide élément? Cette dernière opinion, qui a été vigoureusement combattue à l'Académie de médecine, appartient à M. Guepratte, chirurgien de la marine, qui vient de publier un travail sur cette affection singulière, travail auquel nous n'emprunterons que ce qui est relatif au traitement médical que ce médecin propose.

On sait combien sont nombreux les moyens préconisés pour combattre le mal de mer. Il n'en est pas moins vrai que nous ne connaissons pas encore de spécifique contre cette affection. M. Guepratte le reconnaît; aussi les moyens qu'il propose, il ne les donne que comme palliatifs.

Malgré la prédilection des malades pour les acides, l'auteur les exclut formellement. Il préconise au contraire les toniques, les narcotiques et les antispasmodiques, tels que les infusions de camomille, de feuilles d'oranger, de sauge, de menthe, de violette, de valériane tiède et bien sucrée, chez les femmes principalement, l'opium, etc. Les antispasmodiques les moins odorants lui ont paru les mieux appropriés : les personnes atteintes du mal de mer sont désagréablement impressionnées par les émanations du musc, du castoréum, de l'assa-fœtida.

La potion qui lui a donné les meilleurs résultats est la suivante :

Prenez :

Eau distillée de valériane......	60 gram.
— — de fleur d'oranger	30
— — de laitue.........	30
Teinture de cannelle.........	4
Laudanum....................	20 goutt.
Sirop d'écorces d'oranger.....	q. s.

par demi-cuillerée à café, de manière à la consommer en 6 à 8 heures.

L'extrait gommeux d'opium, en pilules de cinq milligrammes (un dixième de grain), d'heure en heure, suspend assez bien parfois les phénomènes morbides. Il est bon, dit l'auteur, de l'essayer avec ménagement.

Entre les mains du docteur Ricord, les tablettes de Vichy ont eu souvent de l'efficacité. M. Guepratte le croit sans peine, parce que l'eau de Seltz lui a procuré des résultats heureux. La potion de Rivière lui paraît avoir son degré d'utilité.

Voilà, comme traitement médical, tout ce que conseille M. Guepratte qui, encore une fois, ne regarde ces moyens que comme des palliatifs. Il rejette, comme ayant entièrement failli à leur réputation, une infinité d'autres médicaments qui, non-seulement ne sont pas utiles, mais peu-

vent être dangereux. (*Gaz. méd.* de Montpellier, janvier 1844.)

MALLÉOLES INTERNE ET EXTERNE (*Sur la fracture des*). M. le docteur Lasserre a adressé à l'Académie de médecine, il y a plusieurs mois, un mémoire intéressant sur la fracture des deux malléoles exactement à la hauteur de la surface articulaire du tibia, avec issue des os de la jambe; cette double fracture simultanément survenue constitue un fait pathologique des plus graves, et qui n'avait pas jusqu'à ce jour suffisamment fixé l'attention des chirurgiens. Quatre observations servent de base à ce travail, nous nous bornerons à rapporter la quatrième, comme étant la plus complète et surtout la plus instructive au point de vue pratique. — *Obs.* En faisant une chute d'environ 25 pieds, un homme se fractura transversalement les deux malléoles du pied gauche : à l'instant, les os de la jambe s'échappent par une plaie de 12 à 14 centimètres de longueur, située au côté externe de l'articulation. La surface articulaire du tibia et de l'astragale, ainsi que les os de la jambe, restèrent au contact de l'air depuis trois heures de l'après-midi jusqu'au lendemain sept heures du soir; et, pendant une partie de cette journée, la femme du blessé exposa les os aux rayons du soleil, persuadée que sa chaleur le soulageait. M. Lasserre constata une saillie des os ayant 15 centimètres de longueur; la malléole externe était réduite en quatre fragments d'inégale grosseur. Le malade fut placé dans un lit très-doux : la plaie et l'articulation débarrassées des corps étrangers qui s'y trouvaient, la réduction fut pratiquée et le membre mis dans un appareil ordinaire. Le lendemain celui-ci fut remplacé par un appareil de plâtre et d'amidon; mais, au huitième jour, des accidents graves, accompagnés d'une abondante suppuration, forcèrent M. Lasserre à enlever ce nouveau bandage. Il le remplaça par un autre à l'aide duquel il parvint à maintenir les fragments immobiles et dans une bonne position. Cet appareil n'est, au dire de M. Lasserre, que l'appareil de Scultet modifié. Une fièvre intense se développa dans les premiers jours. Un vaste dépôt se forma vers le mollet, et exigea une très-large incision sur la face interne de la jambe. L'abondance de la suppuration nécessita des pansements fréquents pendant plusieurs jours. Quelques esquilles d'os s'échappèrent par la plaie à différentes époques. Cela retarda la cicatrisation, qui eut lieu définitivement environ huit mois après l'accident, et après quatorze mois de soins, cet homme retourna à ses travaux de carrier, n'éprouvant plus que de la raideur dans les mouvements du pied. Cette observation, où l'on voit une des lésions les plus graves que l'on puisse rencontrer suivie de guérison, prouve jusqu'à quel point peut s'élever la force médicatrice dont sont douées certaines constitutions, et montre toute l'importance qu'il y a à ne pas prendre trop précipitamment un parti violent, dont les suites sont d'ailleurs souvent funestes. Nul doute qu'en présence d'un cas pathologique semblable à celui qui vient d'être décrit, l'amputation ne semble formellement indiquée, et assurément il ne viendrait à l'esprit de qui que ce soit de blâmer le chirurgien qui l'eût pratiquée : le résultat cependant est venu prouver qu'elle n'était pas nécessaire. Les faits de cette nature doivent être soigneusement recueillis, et on ne saurait leur donner trop de publicité, à une époque surtout où la chirurgie, dans les mains de certaines personnes, est vraiment par trop militante. Si maintenant on rapproche de cette observation les trois autres qui sont consignées dans le travail de M. Lasserre, on trouvera les éléments d'une description assez complète de la fracture simultanée des deux malléoles, avec saillie des fragments des os de la jambe à travers les parties molles. La cause a toujours été une chute sur les pieds, l'un de ces organes portant à faux sur le sol. La solution de continuité s'est effectuée sur chaque malléole au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, et les malléoles se sont brisées transversalement, de telle sorte que la surface totale de la solution de continuité était représentée transversalement, tant du côté du pied que de celui de la jambe, par trois plans, l'un médian, encroûté de cartilage, deux latéraux, un interne, l'autre externe, constitués par le tissu propre des os rompus dans leur continuité. Le sens dans lequel les os se sont échappés a varié tantôt en avant, tantôt vers le côté interne ou vers le côté externe,

ce qui dépend sans doute de la direction imprimée à la jambe et de son impulsion au moment de la fracture. Quant à la longueur de la saillie, elle a toujours été considérable et évaluée à la même longueur dans chaque cas, environ 15 centimètres. Malgré une semblable protrusion des os à travers les parties molles, il paraît qu'en aucun cas la réduction n'a offert de difficultés sérieuses, et qu'on n'a point été dans la nécessité d'opérer soit le débridement de la peau et des aponévroses, soit la résection des bouts d'os sortis. Mais si l'on n'a pas éprouvé de grands obstacles à replacer les surfaces fracturées en contact les unes avec les autres, il n'en a pas été de même de leur coaptation prolongée; et malgré les soins les plus assidus, leur déplacement s'est effectué, et a entraîné des accidents graves, mortels dans un cas, et qui dans un autre ont nécessité une amputation. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 janvier 1844.)

OREILLE (*Corps étrangers introduits dans l'*). L'introduction et le séjour des corps étrangers dans le conduit auditif externe peuvent donner lieu à des accidents qui sont d'autant plus graves qu'il est plus difficile d'en reconnaître la cause. On a souvent tourmenté des individus par des tentatives d'extraction, dans la supposition qu'ils avaient un corps étranger dans l'oreille; d'autres fois c'est le contraire qui a eu lieu, on a reconnu la présence de ces corps que l'on y a laissé séjourner pendant fort longtemps. L'observation suivante, communiquée par M. Marchal de Calvi, à l'Académie, en fournit la preuve. — *Obs.* M. Smidt, capitaine de cavalerie, commença à avoir l'ouïe dure du côté droit, dans l'hiver de 1821. Un jour de cet hiver, étant à la manœuvre, le côté droit exposé au soleil, il sentit une sorte de mouvement dans son oreille; il lui sembla que quelque chose venait de s'y déplacer, et dès ce moment il entendit bien pour un certain temps. Depuis cette époque il resta sujet à éprouver de temps à autre de la dureté d'ouïe et des bourdonnements du côté droit. Ces accidents ne furent jamais assez intenses pour qu'il crût devoir consulter un médecin; mais au commencement de cet hiver (1843) il fut pris de maux de tête violents et continuels, de bourdonnements de l'oreille droite et de surdité de ce côté. La surdité n'était pas absolue en tête-à-tête, il pouvait encore entendre; mais dans le monde, à un dîner, par exemple, aussitôt que plusieurs personnes parlaient à la fois, il n'entendait plus du tout; ou plutôt il entendait, mais les sons qu'il recueillait se réduisaient à un bruit confus. Cette incommodité l'affectait singulièrement, et dans le monde il se sentait comme hébété. M. de Smidt étant très-fort, et ces accidents pouvant rationnellement être attribués à un certain degré de congestion cérébrale, je lui prescrivis une saignée au bras, et des sangsues au nombre de quinze, que je fis cependant appliquer derrière et au-dessous de l'oreille droite. Les maux de tête furent calmés, mais les bourdonnements persistèrent. Alors j'examinai l'oreille: cet examen fut difficile et incomplet en raison d'un certain aplatissement du conduit auditif. Néanmoins, dans la pensée qu'il pouvait y avoir du cérumen épaissi au fond du conduit auditif et pour faciliter l'introduction d'un instrument explorateur dont je me proposais de faire usage, je prescrivis des injections avec une décoction d'orge miellée et lactée. Ces injections furent continuées jusqu'à ce qu'un jour, à la grande stupéfaction du malade et à la mienne, le corps que je mets sous les yeux de l'Académie s'échappa de l'oreille à la suite d'une injection. Ce corps est un grain de chapelet. On voit par son altération qu'il a dû faire un long séjour dans l'oreille. M. de Smidt ne peut se rappeler à quelle époque il a été introduit dans son conduit auditif; mais quant à lui, il est certain que cette introduction a eu lieu dans sa plus tendre enfance, vers l'âge de quatre à cinq ans. Cet officier ayant près de cinquante ans, il en résulterait que le corps étranger serait resté dans l'oreille pendant quarante à quarante-cinq ans. Le grain de chapelet était percé; M. de Smidt explique par la différence des positions qu'il prenait dans son oreille les alternatives de surdité et d'ouïe assez nette auxquelles il a été sujet: quoi qu'il en soit, depuis la sortie de ce corps étranger, M. de Smidt n'a plus ni mal de tête, ni bourdonnement, ni dureté de l'ouïe. (*Bull. de l'Acad. roy. de méd.*, 15 janvier 1844.)

PARALYSIE HYSTÉRIQUE (*De*

la). La paralysie hystérique a très-peu appelé l'attention des praticiens. Aucun auteur n'en a traité d'une manière spéciale. Elle mérite cependant d'être traitée avec soin. Qu'est-ce d'abord que la paralysie hystérique? C'est pour M. Macario, auteur du travail que nous analysons, une atonie, une inertie du système nerveux résultant des fortes secousses auxquelles il vient d'être soumis par une attaque d'hystérie.

Les parties susceptibles d'être frappées de paralysie sont celles qui reçoivent des nerfs cérébraux ou rachidiens. Ce sont, en général, tous les appareils organiques dont les fonctions concourent à l'accomplissement de la vie de relation; il faut ajouter les organes qui, quoique appartenant à la vie organique, sont cependant soumis en partie à l'empire de la volonté, tels que le rectum, la vessie, l'œsophage.

La paralysie hystérique porte tantôt sur la contractilité musculaire, tantôt sur la sensibilité générale ou spéciale, tantôt enfin sur ces deux facultés à la fois. Les phénomènes auxquels elle donne lieu sont erratiques; ils disparaissent avec facilité pour reparaître de nouveau, ils se succèdent l'un à l'autre. Leur durée varie de quelques minutes à quelques jours, quelques semaines, quelques mois, quelques années même, puis ils disparaissent graduellement ou d'une manière brusque et instantanée.

La paralysie du sentiment s'observe principalement pour les organes des sens, qui cessent souvent de pouvoir remplir leurs fonctions, sans que l'appareil locomoteur qui leur est propre ait perdu de sa mobilité. L'anesthésie peut affecter la peau seule, ou la peau et les muscles à la fois; d'où la subdivision en superficielle et profonde. Elle peut être complète ou incomplète; le plus souvent elle débute tout à coup. Elle est quelquefois précédée d'un engourdissement dans la partie qui va être affectée. Elle dure de quelques jours à quelques mois, à quelques années même.

Il est rare de voir les membres privés de sentiment conserver encore la faculté de se mouvoir. Il y en a cependant des exemples.

Les sens spéciaux peuvent être émoussés ou abolis par la même cause; ainsi il n'est pas rare d'observer la perte de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat. D'après l'auteur, l'amaurose est celle de ces affections qui se montre le plus souvent; vient ensuite la surdité. Ces anesthésies spéciales peuvent être complètes ou incomplètes; elles se déclarent ordinairement tout à coup à la suite d'une attaque; quelquefois elles sont précédées d'un affaiblissement de l'organe, comme trouble de la vue, bourdonnement d'oreilles, etc., et c'est le plus souvent un seul œil ou une seule oreille dont la faculté de percevoir est affaiblie ou complétement abolie. Leur durée varie de quelques heures à quelques mois, à quelques années même, et puis elles disparaissent pour se montrer de nouveau.

La théorie de Ch. Bell sur les fonctions diverses de deux ordres de nerfs rend bien compte de cette affection. Il y a anesthésie toutes les fois que les cordons postérieurs sont affectés.

La paralysie du mouvement affecte plus volontiers les malades qui ont déjà été atteints une fois. Elle ne s'annonce ordinairement par aucun phénomène; elle survient brusquement à la suite d'une attaque faible ou violente d'hystérie. L'auteur a cru remarquer qu'elle affecte plus souvent le membre inférieur que le supérieur, ce qui est l'opposé de la paralysie saturnine; mais, comme dans celle-ci, elle affecte plus les muscles extenseurs que les fléchisseurs des membres.

Cette paralysie coïncide quelquefois avec une douleur dans les muscles paralysés. Sa durée varie de quelques heures à quelques jours, quelques mois, quelques années, et puis elle disparaît tout à coup ou d'une manière lente et graduelle; mais elle est très-sujette à récidive. — Les cordons antérieurs de la moelle sont seuls affectés dans cette paralysie.

La paralysie réunie du mouvement et du sentiment est l'espèce qui frappe de préférence les hystériques. Ces deux affections ne se montrent pas toujours dans le même membre ou dans le même organe, car il arrive assez souvent que l'amyosthénie occupe les membres inférieurs, et l'anesthésie la peau de la partie supérieure du corps; d'autres fois la vessie, le rectum ou l'œsophage sont paralysés au point de nécessiter le cathéter, la curette ou la sonde œsophagienne, tandis que l'anes-

thésie siége dans un autre endroit du corps. Très-souvent cette paralysie est accompagnée d'aphonie ou au moins de bégaiement. Sa marche est extrêmement bizarre. La même malade, à la suite de différents accès, peut être affectée, tantôt de paraplégie, tantôt d'hémiplégie, tantôt d'aphonie, d'amaurose, de surdité; tantôt enfin, la paralysie de l'œsophage, de la vessie, du rectum, se montre isolément ou simultanément avec celle d'autres parties du corps, et quelquefois tous ces phénomènes se préscutent en même temps.

Il arrive assez souvent que la paralysie du mouvement est complète, tandis que la sensibilité n'est qu'émoussée, et *vice versa*. Sa durée est variable de quelques jours à quelques mois, quelques années, et l'une et l'autre de ces paralysies peuvent se dessiner tout à coup ou lentement, mais en même temps, ou bien l'une disparaît seule, tandis que l'autre persiste plus ou moins longtemps après.

En analysant les observations nombreuses que l'auteur rapporte dans ce mémoire fort intéressant, on voit que de toutes les paralysies, la paralysie hystérique est celle dont le pronostic est le moins fâcheux, et la guérison la plus facile à obtenir; c'est la nature même qui en fait presque tous les frais. Toutefois, dit l'auteur, même dans les cas les plus heureux, le médecin instruit et prudent peut souvent contribuer au prompt rétablissement de la santé, et aider puissamment les efforts de la nature médicatrice.

Au début de la paralysie, M. Piorry se loue des bons effets du sulfate de quinine en solution dans l'alcool, de la teinture de cannelle, etc. Lorsqu'il paraît y avoir quelque intermittence dans le retour des phénomènes hystériques, le sulfate de quinine est indiqué. Quand ces accidents se montrent vers l'époque des règles, il est prudent d'en favoriser le cours; quelquefois la saignée modérée a été utile dans la paralysie hystérique.

Lorsque la paralysie hystérique est ancienne, il est utile d'avoir recours aux vésicatoires sur la région des reins, à l'emploi des frictions irritantes, aux douches de vapeur, et surtout à l'électricité et à l'usage de la strychnine et de la brucine. Il faut, en outre, engager les malades à employer toute leur volonté pour exécuter quelques mouvements, leur apprendre à parler comme à des enfants si elles son aphones. « Enfin, dit-il, dans les cas où ces moyens auraient échoué, on pourrait peut-être avoir recours d'une manière avantageuse au magnétisme animal. C'est dans les névroses surtout que ce moyen, aujourd'hui malheureusement tombé entre les mains des charlatans étrangers à la médecine, me paraît devoir être utile. » (*Annales méd.- physiologiques*, janvier 1844.)

PLACENTA (*Considérations pratiques sur les tumeurs volumineuses du*). Parmi les causes de dystokie on doit ranger les tumeurs développées dans l'épaisseur ou à la surface du placenta: ces tumeurs, dont on trouve quelques exemples assez rares dans les auteurs, sont généralement peu connues. Toutefois les progrès de l'anatomie pathologique ont démontré que ce que l'on avait pris pour du squirrhe, du tubercule, de l'athérôme, n'est autre chose le plus souvent que du sang épanché ou infiltré dont la matière colorante et la partie la plus fluide ont été plus ou moins complétement résorbées: or, à ce point de vue, la plupart des tumeurs placentaires doivent être rangées au nombre de celles que, dans ces derniers temps, M. Velpeau a décrites sous la dénomination de tumeurs fibrineuses. — Les épanchements de sang à la face fœtale du placenta ne sont pas rares; d'après M. Ant. Danyau, ils peuvent y exister à divers degrés d'ancienneté. C'est ordinairement sous forme de plaques d'un blanc jaunâtre qu'on les trouve. Ces plaques sont sous-jacentes à l'amnios et au chorion. Les épanchements ne sont point ordinairement considérables, ils le sont le plus souvent fort peu, surtout comparativement à ceux qui se forment dans la substance même du placenta et dans quelques cas rares sur l'autre face. Parmi ces tumeurs il en est qui, par leur volume et leurs autres propriétés physiques, diffèrent tout à fait des caillots sanguins ordinaires et des transformations habituelles qu'ils subissent. Elles sont organisées, elles ont une circulation largement établie, et elles se sont développées en prenant leur part des matériaux nutritifs qui affluent vers le placenta; ce sont primitivement des caillots sanguins d'un volume

médiocre qui s'organisent et se développent en même temps que le fœtus : cette théorie, développée avec talent par M. Danyau, nous paraît d'autant plus admissible qu'il existe sous les parties où le phénomène a lieu un *nisus formativus*, une force formatrice on ne peut plus prononcée. — C'est à ce genre de tumeur placentaire que l'auteur rapporte les deux faits qui font la base de son mémoire, et dont il donne la description anatomique suivante. — Sur la face fœtale du placenta, au voisinage de la circonférence, on voit, recouverte par les membranes amnios et chorion, une tumeur ovoïde ayant 11 centimètres de longueur sur 8 centimètres de largeur : la surface est parcourue par quelques grosses branches des vaisseaux ombilicaux, dont plusieurs ramifications pénètrent la substance presque jusqu'au centre. La tumeur est légèrement lobulée, elle a une enveloppe générale qui paraît formée de lymphe plastique et qui se déchire facilement quand on cherche à en enlever des lambeaux. Fendue dans sa longueur, cette tumeur paraît composée de lobes fortement agglomérés et très-adhérents; les uns d'un blanc sale, les autres d'une teinte rose pâle ou foncée, d'un tissu homogène, serré, semblable à du tissu squirrheux, criant sous le scalpel, analogue dans quelques points à la substance corticale des reins dont il rappelle la couleur et la consistance, comme mêlé par places de couches de fibrine concrète, offrant aussi au milieu des parties les plus colorées des orifices vasculaires, dont quelques-uns sont encore remplis par des caillots.—Tout près de cette tumeur en existait une seconde du volume d'une grosse noix, offrant la même structure. Le tissu placentaire immédiatement en contact avec ces tumeurs est très-compacte, plus serré, plus grenu, plus rouge que le tissu placentaire sain. Les tumeurs peuvent être détachées et comme énucléées avec la plus grande facilité. — M. Danyau nous apprend que chez la femme qui portait ce placenta, cet organe, quoique détaché et tombé sur l'orifice, résista aux tractions méthodiques exercées sur le cordon, et qu'il eut de la peine à franchir le col. La difficulté qu'avait momentanément présentée cette extraction tenait au volume du placenta. — Quant à l'influence que cette anomalie put exercer sur la grossesse et le développement régulier du produit de la conception, l'auteur fait remarquer que rien n'avait signalé les premiers mois de cette grossesse, qui était la troisième de Mme M***, alors âgée de 24 ans. Mais au delà de la première moitié, son ventre s'était développé si rapidement, qu'avant le septième mois révolu il était au moins aussi volumineux qu'à terme. Mme M*** fut atteinte d'un œdème qui devint considérable; au septième mois, les contractions utérines se manifestèrent, et après l'écoulement d'une énorme quantité de liquides, un enfant fut expulsé vivant, mais très-petit, et qui succomba au bout de trois quarts d'heure. Les suites de couches furent très-heureuses. — M. Danyau rapporte un second exemple d'une tumeur semblable, et dont, à cause de son analogie avec la première, nous ne donnerons qu'une description fort abrégée. Le tissu de cette tumeur est d'une couleur gris cendré parfaitement uniforme, qu'on retrouve partout, tant à la surface que dans ses profondeurs ; son tissu crie sous le scalpel; partout la section est nette et lisse, partout enfin on trouve un tissu cellulo-fibreux très-serré et très-dense, non lamellé. Dans quelque sens qu'on coupe la tumeur, on voit sur les deux tranches de la section de nombreux orifices de vaisseaux qui restent béants comme ceux des veines hépatiques, parce qu'ils sont adhérents au tissu de la tumeur, de même que les veines hépatiques sont adhérentes au tissu du foie.— La femme qui fait le sujet de cette observation sortit guérie de la Maternité au bout de huit jours. Elle avait mis au jour un enfant à terme dans un état de putréfaction avancée. (*Journ. de Chir.*, janvier 1844).

POLYPES DE L'UTÉRUS (*Nouveaux instruments pour la ligature des*). Les instruments dont nos lecteurs vont prendre connaissance ont été présentés à l'Académie de médecine par un jeune médecin, M. Boyer, qui dit les avoir mis en usage sur une jeune femme épuisée par des hémorrhagies que déterminait un polype· la tumeur s'est· détachée le neuvième jour, et la malade est en convalescence. L'appareil de M. Boyer se compose :

1° De deux porte-fils, simples lignes d'acier de 26 centimètres de

longueur, percées à l'une de leurs extrémités d'un châs d'aiguille de 5 millimètres de long, et présentant à l'autre bout un anneau de 5 millimètres de diamètre ;

2° D'une balle de plomb, de calibre de guerre à peu près, percée d'un trou suivant son épaisseur ;

3° D'une tige d'acier de même longueur que les précédentes, présentant à l'une de ses extrémités un anneau de 10 millimètres de diamètre, soudé avec elle, suivant un angle de 40 degrés, et à l'autre extrémité une plaque ou anneau de même dimension, soudé à angle droit, du même côté de la tige. Cet instrument est un serre-nœud provisoire ;

4° Un serre-nœud ordinaire de Desault.

Un fort cordonnet de soie étant enfilé dans le châs des deux porte-fils, l'opérateur en fixe un des chefs à l'anneau de celui qui doit être tenu de la main gauche, l'autre chef passe librement dans l'anneau du second porte-fil et s'attache à la balle de plomb qui se trouve suspendue à son extrémité. Celle-ci, par son poids, maintient constamment le fil au degré de tension convenable quels que soient l'éloignement ou le rapprochement alternatifs des deux tiges, et sans qu'il soit nécessaire au chirurgien de s'en occuper lui-même ou de confier ce soin à un aide.

L'opérateur, après avoir porté le doigt indicateur de la main gauche sur le pédicule de la tumeur, conduit sur lui les deux porte-fils réunis ; et lorsqu'ils sont arrivés au niveau de ce pédicule, il retient le premier immobile dans la main gauche, tandis que de la main droite il dirige l'autre autour de la tumeur ; lorsque le porte-fil a fait le tour de celle-ci, le fil est nécessairement enroulé autour de son pédicule, et exactement appliqué sur lui par la balle de plomb.

Alors l'opérateur, réunissant les deux tiges dans la main gauche, les tient appliquées l'une contre l'autre, détache les deux extrémités du fil, et dépose la balle de plomb dont l'office est achevé. Il introduit à la fois les deux chefs du fil et les tiges dans l'anneau du serre-nœud de Desault, qui glisse sur le fil et vient s'appliquer exactement au pédicule du polype, en passant dans l'anneau du serre-nœud provisoire que l'on retire aussitôt. Le fil est ensuite fixé dans la fente du serre-nœud définitif à la manière ordinaire.

Cet appareil, d'une extrême simplicité, et dont aucune pièce ne présente le moindre mécanisme, offre d'après l'auteur les avantages suivants :

Le fil passe dans des châs qui ne sont point susceptibles de s'ouvrir et de le laisser échapper mal à propos. Le serre-nœud provisoire, en assurant immédiatement la position du fil, permet de repousser la ligature jusqu'à la partie supérieure du pédicule, lors même qu'il pénètre profondément dans la cavité de l'utérus ; on peut, par son moyen, changer et replacer à son gré le serre-nœud, s'il se présente quelque indication de changer celui qui a été placé ; enfin, la balle de plomb est une chose si simple, qu'il est surprenant que ce moyen n'ait pas encore été employé pour dispenser l'opérateur du soin minutieux de surveiller lui-même le fil pendant le temps le plus difficile de l'opération, celui où il doit contourner la tumeur, ou de la nécessité de s'en rapporter pour la tension du fil à la coopération d'un aide qui, quelque attention qu'il y porte, ne peut jamais suivre aussi exactement les mouvements du porte-fil, et dont le voisinage immédiat est une gêne pour l'opérateur. (*Gaz méd.*, 27 janvier 1844.)

POLYPES DU RECTUM CHEZ LES ENFANTS (*Nouvelles observations de*). Plusieurs fois déjà, le *Bulletin de thérapeutique* a entretenu ses lecteurs des polypes du rectum, maladie fort peu étudiée avant le mémoire de M. le professeur Stoltz, et sur laquelle nous avons publié un excellent mémoire de M. le docteur Bourgeois, d'Etampes, dans notre numéro d'octobre 1842, et, plus tard, deux observations, l'une de M. Ponsin, en janvier 1844, et l'autre, en juin de la même année, par notre collaborateur M. Forget. Cette dernière était relative à une variété de polype non encore décrite d'une manière complète, la variété fibreuse proprement dite. A ces données déjà fort significatives, nous ajoutons aujourd'hui trois nouveaux cas, convaincu que pour fonder l'histoire d'une maladie les éléments ne sont jamais en trop grand nombre.

Un garçon de trois ans et demi, fort et de parents sains, fut pris, au

mois de mars 1841, de très-fréquents ténesmes. Les selles étaient naturelles et, quelquefois, couvertes d'un mucus rougeâtre. Comme l'enfant devenait souvent pâle, mangeait beaucoup de pain, avait un ventre gros et se grattait souvent au nez, on ordonna des vermifuges. Ceux-ci furent pris pendant plusieurs jours sans amener de vers. Le ténesme continua. A une seconde visite, le médecin examina l'anus de l'enfant, qui venait d'avoir une petite selle, accompagnée de forts ténesmes, et y trouva quelques stries de sang et un corps rouge, arrondi, bien limité, de la grandeur d'une noisette, et dur au toucher. Quelques jours après, on se décida à en faire la ligature. On recommanda au petit malade de pousser comme pour aller à la selle, tandis que le médecin lui-même, appuyant avec deux doigts du côté de l'anus, fit saillir le polype, qui parut alors du volume et de la forme d'une amande. Celui-ci fut reçu dans une anse de fil de soie et lié à sa base. Dix heures après, on trouva le polype dans une selle; il était dur, glissant, d'une consistance fibreuse et d'une coloration rouge, diminuant d'intensité vers le moyen central. Dès ce moment, le ténesme disparut et l'enfant continua à se bien porter. Chez la sœur de ce garçon, âgée de sept ans, on observa aussi, six mois après, un très-fort ténesme et des taches de sang dans la chemise. On reconnut bientôt un polype du rectum du volume d'un pruneau; il fut également lié et tomba au bout de vingt-une heures. Il était aussi formé d'un tissu fibreux.— Une fille de cinq ans, scrofuleuse et affectée d'ascarides, portait également un polype au rectum. On lui donna d'abord des vermifuges, puis on fit la ligature du polype, qui, à cause de l'épaisseur de sa base, ne tomba que le cinquième jour. Il avait la forme et les dimensions d'une amande, et était fibreux comme les deux autres.

Chez aucun de ces trois enfants les polypes ne se sont reproduits. (*Gaz. Méd. de Paris*, 5 janvier 1844.)

RHUMATISME ARTICULAIRE CHEZ LES ENFANTS. Nous empruntons à M. Guersant père quelques considérations pratiques importantes sur le rhumatisme articulaire des enfants, récemment émises par lui dans sa clinique. — Bien que l'on en rencontre d'assez fréquents exemples dans les hôpitaux et dans la pratique, le rhumatisme articulaire aigu est loin d'être aussi fréquent chez l'enfant que chez l'adulte. Cette différence dans la fréquence est inexplicable dans l'état actuel de la science. Mais le fait existe et on doit le constater. Ce n'est pas là, du reste, la seule différence qu'on observe entre le rhumatisme articulaire de l'enfant et celui de l'adulte. Les symptômes locaux et généraux qui sont absolument identiques à tous les âges, ont chez l'enfant une intensité beaucoup moindre et une durée beaucoup plus courte. D'après les chiffres et les relevés des auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants, il paraîtrait que la maladie dure rarement chez eux plus de quinze à vingt jours. Il faut tenir compte, d'ailleurs, de l'intensité, de la généralisation de la maladie, comme de son état de simplicité ou de complication. Il est bien évident que lorsqu'une affection rhumatismale vient à se compliquer d'une phlegmasie intermittente, attaquant des organes essentiels à la vie, le cœur, le poumon, une endocardite, une péricardite, par exemple, une pleurésie, l'affection primitive devra être plus grave, plus longue, plus dangereuse.

L'inflammation des tissus du cœur, à la suite ou pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, n'est ni plus ni moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. M. Guersant a vu souvent des enfants affectés de rhumatismes de ce genre, sans complication de maladie du cœur, et des maladies chroniques organiques du cœur chez des sujets qui n'ont jamais eu de rhumatismes. Mais cette complication, quand elle existe, est grave autant par les accidents éloignés qu'elle peut entraîner à sa suite, que par la mort qu'elle peut déterminer à l'état aigu. Autant, quand l'affection est simple, le pronostic est facile et peu redoutable, autant il est fâcheux quand la maladie est ancienne déjà, ou qu'il existe une de ces phlegmasies des membranes interne ou externe du cœur. Bien que M. Guersant ne connaisse aucun cas de cette espèce, il est fondé à croire que le rhumatisme articulaire aigu, quand il se termine par la mort, peut déterminer dans les articulations malades la présence du pus. Dans les cas où il est moins intense, on sent manifestement la rotule éloi-

gnée des condyles du fémur par un épanchement du liquide.

Comme chez l'adulte, le diagnostic de l'affection rhumatismale est extrêmement facile dans la plupart des cas. Il sera toujours aisé de le distinguer de l'inflammation articulaire variolique par la présence des boutons; il n'y aurait pas de grands inconvénients à le confondre avec une inflammation articulaire suite de phlébite, puisque le traitement est le même; et quant à l'épanchement sanguin articulaire, c'est une maladie si rare, qu'elle ne doit pas entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel.

Quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la nature de la cause du rhumatisme articulaire aigu, il faut reconnaître que c'est le passage brusque du chaud au froid qui détermine le plus souvent la production du rhumatisme chez les enfants comme chez les adultes. Quant à l'âge, les exemples de cette affection au-dessous de l'âge de sept à huit ans sont excessivement rares. Le plus souvent c'est entre douze et quatorze ans qu'elle se montre chez les jeunes sujets. L'influence des sexes est peu marquée. Pour la constitution, il est d'observation que les sujets un peu lymphatiques, blonds, à peau blanche et fine, sont plus prédisposés que les autres à contracter des rhumatismes.

Quant au traitement, M. Guersant ignore si le nitrate de potasse a été administré à haute dose chez les enfants, ou, s'il l'a été, qu'il ait produit des résultats plus satisfaisants que chez l'adulte. D'ailleurs l'administration de ce sel exige l'ingestion d'une grande quantité de liquides, et l'on sait qu'il est souvent fort difficile de faire prendre aux enfants la quantité de boisson que l'on jugerait nécessaire. M. Guersant rejette le sulfate de quinine comme dangereux. Puis on ne peut l'administrer qu'en pilules ou en potions. Or, les enfants avalent difficilement les pilules, et l'amertume de la potion la leur ferait certainement repousser.

« Il faut donc, dit M. Guersant, lorsque l'on a affaire à un rhumatisme articulaire aigu fébrile, mettre en usage le traitement antiphlogistique, mais avec sagesse, avec une grande réserve. Il faut proportionner l'abondance et la fréquence des émissions sanguines locales ou générales à la gravité de la maladie, à sa durée antérieure, à l'âge, à la constitution de l'enfant. C'est surtout lorsqu'il existe une complication sérieuse de la poitrine qu'il faut y avoir recours. Des embrocations calmantes, quelques infusions diaphorétiques, des cataplasmes, et, si la saison le permet, des bains, enfin quelques laxatifs compléteront le traitement. (*Gaz. des hôp.*, n° 8, 1844.)

UTÉRUS (*De l'hydropisie et de la tympanite de l'*). L'hydropisie et la tympanite utérine hors l'état de gestation constituent une double affection, sur l'existence de laquelle les médecins ne sont pas tous d'accord. Acceptée par les uns, elle est niée par d'autres, et, récemment encore, deux hommes de talent, MM. Stoltz et Nœgelé, dans le congrès scientifique de Strasbourg, qui eut lieu au mois de septembre 1842, ont soutenu l'impossibilité de ces maladies.— C'est en vue de détruire l'argumentation de ces deux observateurs en faveur d'une opinion qu'il regarde comme erronée, que M. Tessier, de Lyon, vient de publier un mémoire fort intéressant, qui mérite de fixer l'attention de nos lecteurs. Commençant par la tympanite utérine, il cite tout d'abord un fait qu'il a lui-même observé pendant plusieurs mois de suite, et qui nous paraît réunir tous les caractères d'authenticité désirables. Voici ce fait : — Madame Rey, âgée de 43 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 4 mai 1840, pour une métrite chronique compliquée d'hystérie. Engorgement du corps et du col de la matrice, écoulement leucorrhéique datant de 15 ans, retard des menstrues depuis deux mois et demi, douleurs dans l'hypogastre et dans les reins, accès hystériques assez fréquents; tels sont les symptômes qu'elle présenta. Un mois plus tard, le ventre commença à se développer, et la perte blanche diminua sensiblement. Le volume du ventre s'accrut de plus en plus; les règles manquant toujours, la femme se crut enceinte. Au toucher, l'utérus formait une tumeur volumineuse, mais légère, le doigt la soulevait facilement; la percussion du ventre fournissait un son clair, parfaitement distinct.

Il y avait six mois que les règles étaient supprimées, l'utérus remontait presque jusqu'à l'ombilic; la femme persistait à se croire encein-

te, elle prétendait même sentir les mouvements du fœtus; quand, tout à coup, la malade est prise de douleurs tout à fait semblables à celles de l'accouchement, qui furent suivies de l'expulsion bruyante, par le vagin, d'une grande quantité d'un gaz très-fétide. A mesure que ce gaz s'échappait, le ventre diminuait notablement, et, au bout de quelques heures, il était tout à fait affaissé.

M. Tessier fait observer qu'il ne sortit ni caillot, ni môle, ni aucun autre corps étranger dont la putréfaction pût expliquer cette formation anormale de gaz. Il y a plus de trois ans que cette expulsion de gaz eut lieu; depuis cette époque, le ventre s'est souvent ballonné de nouveau pour s'affaisser au bout de quelques jours par la sortie d'une certaine quantité de fluide gazeux.

Malgré son isolement, ce fait nous semble avoir été assez bien observé pour dissiper tous les doutes sur la nature de la maladie qu'il signale. C'est là évidemment un cas de tympanite utérine essentielle, hors d'état de gestation; la science en compte peu d'exemples. Franck, dans sa *Médecine pratique*, cite deux femmes qui, à différentes époques, présentèrent de l'ovoïété et du ténesme utérin, qui se termina par une abondante explosion de vents très-fétides, qui sortaient du vagin avec violence. Après la mort, on trouva la matrice développée, dure, élastique, remplie de gaz dont l'odeur fit tomber en défaillance un des assistants. M. Tessier fait remarquer que MM. Lisfranc et Colombat, de l'Isère, citent des faits semblables. Les observations qui établissent l'existence de l'hydrométrie sont plus nombreuses, et, sans invoquer l'autorité de celles mentionnées par Fernel (*Pathol.*, lib. VI, cap. XV), J. Franck et Mauriceau, nous rappellerons les travaux plus récents de MM. Lisfranc et Jobert de Lamballe. Celui-ci n'a-t-il pas décrit dans ces derniers temps une maladie à laquelle il a donné le nom d'hydropisie du col de l'utérus, et dont les principaux caractères sont: 1° la tuméfaction du col; 2° l'oblitération de son orifice; 3° la sortie d'un liquide plus ou moins séreux et limpide, quelquefois très-abondant? M. Lisfranc, de son côté, a rapporté, dans sa *Clinique chirurgicale*, plusieurs faits parmi lesquels nous choisissons celui qui suit.

Une dame, âgée de 35 ans, était soumise depuis longtemps à des anomalies menstruelles; tantôt retard ou absence des règles, tantôt augmentation ou diminution. Une hydrométrie survint, l'organe gestateur remontait jusqu'à l'ombilic; leucorrhée abondante, aménorrhée. Sous l'influence des saignées révulsives, les symptômes de la métrite chronique s'amendèrent, l'hydropisie utérine résista. M. Lisfranc introduisit une sonde en gomme élastique dans le col utérin; le liquide renfermé dans la matrice s'écoula complétement à l'extérieur, l'utérus perdit presque immédiatement les deux tiers de son volume; aucun accident; guérison au bout d'un mois; la matrice reprit son volume et sa forme ordinaires.

Il suffit de ces quelques considérations, qui toutes reposent sur l'observation directe des faits, pour faire admettre l'existence de l'hydrométrie et de la tympanite utérine essentielles; les autorités que M. Tessier fait intervenir dans son excellent travail nous semblent plus que suffisantes pour réfuter l'opinion des deux médecins que nous citions au commencement de cet article, et c'est bien à tort, suivant nous, qu'ils conseillent de rejeter au rang des fictions le double état pathologique dont il vient d'être question. (*Gaz. Méd. de Paris*, janv. 1844.)

VARIÉTÉS.

Arrêt de la Cour royale de Paris dans le procès intenté par M. J. Guérin à MM. Malgaigne, Vidal de Cassis et Henroz. — M. J. Guérin avait interjeté appel du jugement du Tribunal de première instance, qui avait renvoyé M. Malgaigne des poursuites

dirigées contre lui. L'affaire a été appelée le 19 janvier. M. Guérin était assisté de Me Billault et de Me Crémieux. M. Malgaigne, comme en première instance, s'est défendu lui-même. Trois longues audiences ont été consacrées par la Cour royale à ces débats animés. Après plus de deux heures de délibération, la Cour a confirmé purement et simplement le jugement de première instance, et M. Malgaigne est encore une fois sorti victorieux d'une accusation aussi injuste que maladroite. Les juges de première instance, comme la Cour royale, ont reconnu la légitimité et l'inviolabilité des droits de la critique scientifique défendus par M. Malgaigne avec un talent et un courage qui méritaient bien le succès.

— M. le docteur Scoutetten a dernièrement présenté à l'Académie de médecine des planches offrant le modèle exact des instruments de chirurgie trouvés dans les fouilles d'Herculanum et de Pompeïa.

Ces planches qu'il possède seul, et qui sont destinées à faire partie de l'ouvrage qu'il publiera bientôt sur l'histoire de la chirurgie antique, représentent : 1° la sonde courbe pour homme ; 2° la sonde droite ; 3° la sonde de femme ; 4° la sonde courbe pour enfant ; 5° la lime pour râper les aspérités osseuses ; 6° le speculum ani ; 7° le speculum uteri à trois branches ; 8° trois modèles d'aiguilles à passer des mèches ou sétons ; 9° la lancette et la cuiller dont les médecins se servaient constamment pour examiner la nature du sang après la saignée ; 10° des crochets recourbés, de diverses longueurs, destinés à soulever les veines dans l'excision des varices ; 11° une curette terminée au côté opposé par un renflement olivaire destiné aux cautérisations ; 12° trois ventouses de formes et grandeurs diverses ; 13° le trocart ; 14° les ciseaux ; 15° la sonde terminée par une lame métallique aplatie et fendue, servant à soulever la langue dans l'opération du filet ; 16° plusieurs modèles de spatules ; 17° des gouges très-petites pour les résections osseuses ; 18° des bistouris droits et convexes ; 19° le cautère nummulaire ; 20° des pinces épilatoires ; 21° la flamme des vétérinaires pour saigner les chevaux ; 22° l'élévatoire pour l'opération du trépan ; 23° une boîte de chirurgien servant à contenir des trochisques et plusieurs médicaments ; 24° des pinces avec coulant à dents de souris ; 25° une pince à bec de grue ; 26° une pince formant cuiller pour la réunion des branches ; 27° plusieurs modèles de hachettes ; 28° des tubes conducteurs pour diriger les instruments cautérisants.

— M. le docteur Prus a été nommé membre de l'Académie de médecine, dans la section de pathologie médicale.

— Le personnel chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Lyon vient de subir un changement par suite de l'expiration des six années de majorat de notre ami M. Bonnet. C'est M. Pétrequin, chirurgien en chef (désigné), qui prend le titre et les fonctions de chirurgien en chef. M. Barrier, nouvellement nommé au concours, remplace M. Pétrequin comme chirurgien en chef (désigné). M. Bonnet conservera, il n'y a nul doute, un service chirurgical dans le même hôpital, en qualité de professeur de clinique chirurgicale de l'École de médecine de Lyon.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES ÉMISSIONS SANGUINES DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

A l'époque où toutes les maladies étaient regardées comme des inflammations, on ne voyait dans la fièvre puerpérale qu'une métro-péritonite. Sous quelque forme que la maladie se présentât on la traitait par les antiphlogistiques et particulièrement par les émissions sanguines. Dans ces derniers temps, une réaction s'est opérée. La fièvre puerpérale est généralement considérée aujourd'hui comme une affection spéciale, dominée par un élément particulier, suivant les lieux, les saisons, les époques, et à laquelle on ne saurait opposer avec succès un traitement toujours le même. Aussi voyons-nous la plupart des écrits publiés, depuis quelques années, sur cette maladie, préconiser tour à tour les vomitifs, les toniques, les purgatifs, les altérants, et n'accorder qu'une efficacité très-douteuse aux émissions sanguines. Sans blâmer en rien la conduite des médecins qui ont tenté de substituer ces différentes médications au traitement antiphlogistique, nous insisterons sur les circonstances spéciales dans lesquelles ces médications ont été employées, car notre but est de montrer qu'on ne saurait, sans inconvénients, généraliser leur emploi.

Quand Ponteau en 1750, Doulcet en 1782, Chaussier en 1812, traitèrent avec quelque succès la fièvre puerpérale par le camphre, l'ipécacuanha, l'onguent mercuriel, il s'agissait de maladies épidémiques développées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, de Paris et à la Maternité. Or, si toutes les maladies prennent avec la forme épidémique un caractère de malignité spécial, c'est surtout dans les hôpitaux, là où les femmes sont en grand nombre et où se trouvent réunies les influences les plus fâcheuses. Alors les émissions sanguines, non-seulement n'étaient d'aucune utilité, mais elles étaient évidemment nuisibles. Une seule saignée générale de 250 grammes suffisait pour jeter les malades dans un affaiblissement tel, qu'il était le plus souvent impossible de réveiller chez eux quelque réaction. Quelquefois même une simple application de sangsues produisait des accidents assez graves. On ne pouvait se fier au développement et à la force du pouls, à l'état animé du visage, à la présence d'une céphalalgie assez intense, tous symptômes trompeurs derrière lesquels existait un état adynamique qui ne tardait pas à se manifester. Dans ces circonstances il fallait renoncer aux antiphlogis-

tiques et recourir, de toute nécessité, à des moyens empiriques ou dont l'efficacité pouvait être confusément indiquée par la prédominance de quelques symptômes. Ce serait encore la meilleure conduite à suivre dans des cas analogues à ceux dont il est ici question, et dont nous allons citer un exemple.

Mme M....., couturière, âgée de vingt-quatre ans, d'une taille petite, d'une constitution faible, primipare, accoucha d'un enfant à terme le 2 décembre 1842. L'accouchement ne présenta rien d'anormal et fut terminé après dix heures de travail. Les deux premiers jours qui le suivirent furent très-calmes, et aucune imprudence n'avait été commise par la malade. Les lochies étaient rouges et d'une médiocre abondance, il n'y avait point de coliques, et vers la fin du deuxième jour les seins étaient légèrement tuméfiés. Dans la nuit elle fut réveillée par un frisson violent qui dura plus d'une demi-heure, et le lendemain matin elle était dans l'état suivant : facies profondément altéré, pâle et couvert de sueur; langue avec une couche légère d'un enduit très-blanc dans son milieu, peu rouge à ses bords et à la pointe; bouche amère; dégoût sans nausées ni vomissements; abdomen souple, indolent dans toute son étendue. La respiration est très-gênée et la malade a conscience de cette gêne, quoique l'auscultation ne permette d'entendre que quelques bulles de râle sous-crépitant à la base de la poitrine du côté droit. La peau est chaude et humide, le pouls petit, très-dépressible, donnant 124 pulsations par minute. L'utérus à peine revenu sur lui-même répond, par son fond, à un centimètre de l'ombilic. La faiblesse est extrême, bien qu'il ne se soit écoulé que huit heures depuis le premier frisson. On prescrit une potion purgative d'huile de ricin et du bouillon aux herbes pour tisane. Le lendemain, qui est le quatrième jour après l'accouchement, la maladie s'est encore aggravée. L'abattement est plus marqué, la langue couverte d'un enduit jaunâtre est sèche; il n'y a pas eu de vomissement; l'administration du purgatif a été suivie de trois selles abondantes et fétides; le ventre est notablement météorisé mais indolent. L'utérus a un peu diminué de volume, et les lochies, devenues fétides, coulent moins abondamment. La respiration est aussi fréquente; le pouls très-dépressible donne 130 pulsations par minute. La malade boit une tisane vineuse, et deux fois par jour des frictions sont faites sur l'abdomen avec de l'onguent mercuriel. Le jour suivant, le cinquième après l'accouchement, on remarque le même abattement, la même fréquence de la respiration et du pouls, un météorisme plus considérable, quoique l'abdomen ne soit point douloureux, et dans la nuit ont paru pour la première fois des vomissements verdâtres, très-fréquents. Une sueur abondante couvre tout le corps. On continue le même traitement; mais les symptômes vont en s'aggravant, et la malade meurt dans la soirée. — A l'autopsie, on trouve un litre d'une sérosité purulente dans le péritoine, des débris de fausses membranes nageant dans ce liquide ou tapissant les parois de l'abdomen et des intestins. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est infiltré d'une sérosité louche qui, dans la cavité pelvienne, présente les caractères d'un véritable pus. Dans l'épaisseur des ligaments larges on rencontre quelques traînées de pus. Sur les côtés de l'utérus se dessinent des vaisseaux lymphatiques bleuâtres, pleins de pus et que l'on peut suivre jusqu'aux ganglions lombaires qui sont eux-mêmes ramollis. L'utérus pré-

sente encore le volume d'une très-forte tête de fœtus à terme; son tissu est ramolli et sa surface interne couverte d'une matière purulente. Un peu de sérosité louche se rencontre dans la plèvre droite; les poumons sont engoués, sans aucune trace d'inflammation. Les autres organes sont à l'état normal.

Il est de toute évidence qu'on ne pouvait songer à recourir ici aux émissions sanguines, car contre quel symptôme eussent-elles été dirigées? Dès le début des premiers accidents, la faiblesse de la malade est extrême, le pouls est petit, très-dépressible et donne 124 pulsations par minute. Les sangsues elles-mêmes n'étaient point indiquées, puisqu'il n'existait aucune douleur du côté de l'abdomen. On a trouvé, il est vrai, une inflammation du péritoine; mais il y avait aussi du pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans celui du bassin, à la surface interne de l'utérus, dans les vaisseaux lymphatiques. Si on trouve dans ces caractères anatomiques l'existence d'une inflammation, il faut convenir que c'est une inflammation non circonscrite, d'une nature toute particulière et bien différente de celles dont les antiphlogistiques ont ordinairement raison. Mais les cas semblables à celui qui vient d'être rapporté ne se rencontrent guère que dans les hôpitaux, et s'il arrive de les observer dans la pratique civile, ils n'en sont pas moins de rares exceptions. Le plus souvent le pouls n'arrive pas à ce degré de fréquence et de faiblesse dès le début; il est fort, développé, et donne 95 à 100 pulsations par minute; les seins éprouvent un commencement de tuméfaction; il y a de la céphalalgie et le visage est animé; l'abdomen ne se météorise pas, il devient douloureux à la pression dans l'une des fosses iliaques, ou dans les deux à la fois, rarement dans toute son étendue. Même avec de pareils symptômes, il est certaines épidémies et certains hôpitaux où il faudrait n'employer les émissions sanguines qu'avec la plus grande réserve, mais il ne faudrait pas hésiter dans la pratique civile. Une saignée générale devrait être pratiquée tout d'abord, et dans la même journée des sangsues seraient appliquées en assez grand nombre sur les points douloureux du ventre. Peut-être serait-il nécessaire d'en venir ensuite aux purgatifs, aux émétiques ou à tout autre moyen thérapeutique; mais les émissions sanguines n'en auront pas moins été d'une très-grande utilité, et, si elles n'ont pas suffi à elles seules pour vaincre la maladie, elles en auront abrégé la durée dans la grande majorité des cas. Nous insistons sur ce point, convaincu qu'elles sont un moyen héroïque contre la fièvre puerpérale, le seul qui compte des succès presque constants.

Examinons maintenant à quelle époque de la maladie, dans quelles limites et de quelle manière on doit pratiquer les émissions sanguines. La saignée générale est celle à laquelle il faut d'abord avoir recours.

Dans les premiers instants il n'existe aucun point douloureux du côté de l'abdomen, les lochies sont rarement arrêtées et même diminuées, et on n'a à combattre que des symptômes généraux. Aussi la saignée doit-elle être préférée aux sangsues pour son action plus étendue et plus rapide. Pour donner à ce moyen toute l'efficacité possible, il convient de l'employer dès le début des premiers accidents. Cependant il ne faudrait pas se laisser effrayer par l'apparition d'un frisson, de la céphalalgie, une sueur assez abondante, symptômes qui peuvent appartenir à la fièvre de lait, car dans ces circonstances une saignée ne serait pas sans inconvénients. L'état du pouls doit surtout servir de guide pour distinguer le mouvement fébrile normal qui survient après quarante-huit heures de la fièvre puerpérale. Si la première saignée a été suivie de quelque amélioration, si même elle n'a point produit une dépression des forces disproportionnée à la quantité de sang tirée, il faut la renouveler dans la même journée. Elle est formellement indiquée, parce que dans les cas où cette médication serait nuisible, une seule saignée peu abondante suffit pour changer complétement l'état du pouls et affaiblir considérablement la malade. Ordinairement deux ou trois saignées générales sont suffisantes, et il est très-rare qu'on soit obligé d'y revenir. Le plus souvent la maladie a été enrayée par ce moyen ; cependant si elle a continué à marcher, si on doit craindre de nouveaux accidents, il ne faut plus dans cette seconde période employer les émissions sanguines. Non pas qu'il soit à craindre de favoriser par cette médication la *résorption, le transport dans le torrent circulatoire des matières morbides épanchées dans les cavités séreuses ;* cette opinion, qui ne s'appuie sur aucune preuve, est contraire au bon sens; mais les émissions sanguines sont contre-indiquées par l'épuisement des malades.

Quant à la quantité de sang à retirer, elle ne doit pas être trop considérable. Quelques médecins ont recommandé de faire la première saignée de 24 onces (750 grammes), mais cette pratique nous semble téméraire ; s'il est nécessaire de soustraire une notable quantité de sang, on peut obtenir ce résultat à l'aide de plusieurs saignées faites à des intervalles rapprochés, et on n'aura pas la crainte, dans le cas où les émissions sanguines seraient inutiles, d'avoir jeté la malade dans un état de faiblesse des plus graves. De plus, s'il survient quelque point douloureux dans les fosses iliaques ou tout autre point de l'abdomen, et que l'emploi des sangsues soit impérieusement commandé, on sera forcé de n'en appliquer qu'un très-petit nombre sur un malade déjà épuisé par une saignée générale trop considérable. Nous croyons qu'une saignée de 300 grammes est toujours suffisante, et qu'il vaut mieux la renouveler que de tirer de la veine, en une seule fois, la quantité énorme de

750 grammes. Les partisans de ees saignées abondantes ont aussi conseillé d'ouvrir largement la veine, et de porter la saignée jusqu'à la syneope. Ils prétendent avoir obtenu de grands succès par cette méthode; mais lcs faits sur lesquels est fondée eette opinion sont loin d'être probants. Or, une pareille pratique, pour être cxeusée, doit être prouvée dc la façon la plus incontestable, ear il ne nous paraît pas sans inconvénients de produire ehcz une femme, déjà gravement malade, une syncope, un trouble considérable dont nous ne pouvons apprécier toute la portée.

Les sangsues ne sont guère employées sans que leur application ait été précédée d'une saignée générale. Si elles ont été conseillées, chez les personncs faibles, comme un moyen de diminuer la masse du sang d'une façon moins sensible que par la saignée, c'est rarement pour remplir cette indication qu'on en fait usage. Leur utilité est surtout prouvée dans des cas où il se développe un point douloureux à la pression dans la région hypogastrique. Il n'est pas rare de voir une douleur très-vive disparaître presque entièrement à la suite d'une application de 20 ou 30 sangsues; mais quand eette douleur est pcu intense, répandue par tout l'abdomen, accompagnée d'un eommencement de météorisme, les sangsues n'amèneraient aucun bon résultat, et on doit leur préférer l'onguent mercuriel. Les sangsues ont été aussi appliquées très-souvent à la vulve ou à la partie supérieure des euisses. On choisissait ces parties, parce quc c'était une opinion reçue que la fièvre puerpérale avait surtout pour eause la suspension ou la diminution de l'écoulement lochial. Aujourd'hui, qu'il est démontré par des faits nombreux que cet aeeident est plutôt un résultat qu'une cause, on a renoneé à eette pratique. Cependant, quand les lochies sont arrêtées, ce qui est rare, quelques sangsues à la vulve seraient utiles, car c'est un moyen qui pcut aider le retour d'une fonction normale. Quant à la méthode qui consiste à n'appliquer dans les points douloureux qu'un petit nombre dc sangsues, et à remplaeer eelles qui tombent par de nouvelles, de manière à prolonger cette saignée capillaire et localc, nous ne la conseillons point. Les avantages ne sont nullement démontrés, et elle a pour inconvénients dc ne pas agir d'une manière assez prompte, de fatiguer les malades, de les exposer au froid, puisqu'il faut souvent les découvrir, et les linges sont pendant plusieurs heures imbibés par le sang qui s'écoule des premières piqûres. Nous ne parlerons pas des ventouses qui ont été préconisées par quelques auteurs; c'est un moyen douloureux bien moins efficace que les sangsues et qu'il faut eomplétement rejeter.

En terminant ces courtes considérations sur les émissions sanguines, nous rappellerons quel est le but que nous nous étions proposé. Nous

avons voulu mettre en garde le médecin-praticien contre des méthodes de traitement qui peuvent convenir dans les hôpitaux, et à l'époque des épidémies, mais qui ne conviennent plus dans la pratique civile; nous avons voulu le prémunir contre les prétendus spécifiques qui ont été vantés à toutes les époques, afin qu'il ne se privât pas volontairement du moyen le plus actif que nous possédions dans le traitement d'une maladie aussi grave que la fièvre puerpérale. VOILLEMIER.

REMARQUES PRATIQUES SUR LES ABCÈS ET ENGORGEMENTS CHRONIQUES DE LA FOSSE ILIAQUE (1).

Jusqu'à ces derniers temps on ne s'est guère occupé de combattre un peu activement les engorgements chroniques de la fosse iliaque; M. Rayer qui, par un concours de circonstances inexpliquées, a eu occasion, pendant un cours de quelques mois, de rencontrer un assez bon nombre de cas de phlegmons de la fosse iliaque, a essayé d'appliquer à ces engorgements non complétement résolus, soit qu'ils suivissent la suppuration, soit que celle-ci eût été prévenue, une révulsion énergique au moyen de larges et nombreux vésicatoires posés successivement sur les parois abdominales. En suivant cette méthode, il est arrivé à quelques résultats heureux, qui doivent engager les praticiens à marcher dans la même voie. Nous ne citerons point ici ces faits; la méthode révulsive est une pratique presque aussi vieille que la science : son mode d'action est connu. Il est facile de comprendre par conséquent les résultats heureux que l'habile médecin que nous venons de citer en a obtenus dans cette application nouvelle. Nous rapporterons toutefois un de ces faits, non qu'il soit le plus probant en faveur de la méthode thérapeutique que nous prescrivons ici, mais parce qu'il peut éclairer les praticiens sur quelques accidents possibles en suivant cette méthode, et qui, si l'on n'en était prévenu, pourraient jeter sur celle-ci quelque défaveur.

Le nommé Vacteur, agé de vingt-trois ans, commis libraire, d'une constitution faible, ayant éprouvé de nombreuses maladies, a présenté il y a six mois tous les accidents d'une péritonite aiguë : ces accidents disparurent assez lentement sous l'influence d'une médication énergique. A la suite de cette maladie, un noyau d'engorgement se remarqua dans la profondeur de la fosse iliaque droite : peu à peu, au centre des parties engorgées se forma une tumeur dure, résistante, très-sensible à la pression, exactement circonscrite : une fièvre assez vive s'alluma,

(1) Voyez la dernière livraison, page 81.

l'appétit se perdit et il y eut une forte constipation. La cuisse du côté souffrant, siége d'une pesanteur habituelle fort incommode au malade, ne pouvait exécuter quelque mouvement que ce fût, sans que la douleur iliaque augmentât d'une manière marquée. Il n'y avait cependant point de flexion permanente de ce membre sur le bassin. Ces symptômes ne pouvaient laisser de doute sur la nature de la maladie, une portion du tissu cellulaire libre du bassin s'était enflammée sous l'influence de la maladie persistant en quelques points du péritoine. La méthode antiphlogistique fut d'abord employée, avec circonspection toutefois ; la constitution du malade, l'état de faiblesse dans lequel l'avait jeté une maladie longue, obligeaient un médecin sage à n'user de cette méthode qu'avec une grande réserve : trente sangsues furent appliquées en deux fois sur la région malade, qui fut en même temps couverte pendant plusieurs jours, d'une manière permanente, de cataplasmes émollients fortement laudanisés. Grâce à ces moyens, le travail phlegmasique fut enrayé dans son développement, la douleur diminua d'intensité, la tumeur se circonscrivit davantage, et la fièvre baissa dans la proportion de cette rémission survenue du côté des phénomènes locaux: la suppuration fut ainsi heureusement prévenue. Pendant quelque temps encore on espéra obtenir la résolution complète du mal à l'aide du régime et des simples topiques émollients, mais ce fut en vain; la tumeur, sans offrir de douleur marquée, resta stationnaire. C'est alors que M. Rayer eut recours à une révulsion cutanée énergique, à l'aide de larges vésicatoires : sept ou huit de ceux-ci furent successivement appliqués à la région iliaque droite ; dès que l'un était sec, un autre était posé au même point immédiatement. Dès l'application du second vésicatoire, le malade éprouva un peu de dysurie, dont il se plaignit à peine : pendant que le troisième était appliqué, cette dysurie augmenta, et il eut une hématurie légère qui dura trois ou quatre jours, puis se dissipa; les vésicatoires furent ensuite repris et continués. La tumeur iliaque, qui avant l'emploi de ces moyens se présentait immédiatement à la main dès que celle-ci était appliquée sur la région à explorer, a perdu au moins les trois quarts de son volume primitif, elle s'est enfoncée dans l'excavation abdominale, et la main ne la saisit qu'après l'avoir cherchée.

Nous le répétons, ce cas n'est pas le plus remarquable de ceux qu'a présentés le service de M. Rayer, ou que ce médecin a rencontrés dans sa pratique particulière; nous avons cru devoir le citer plutôt que d'autres cependant, parce qu'en même temps qu'il nous montre l'influence évidente d'une révulsion énergique sur les engorgements chroniques qui survivent souvent au phlegmon de la fosse iliaque, il nous fait voir que les accidents, assez graves en apparence, qui peuvent survenir du côté de

l'appareil urinaire, sous l'influence de l'action des cantharides, se dissipent facilement, ou ne sauraient fonder une contre-indication à l'emploi de cette méthode thérapeutique énergique. Toute puissante que soit la méthode, il faut bien se garder pourtant de négliger, dans le traitement de cette maladie, quelques indications secondaires, qui s'y rencontrent presque toujours; c'est ainsi que nous sommes convaincu qu'il est extrêmement utile de s'opposer par des moyens convenables à la constipation qui survient si souvent dans de pareilles conditions: les lavements, les laxatifs, les purgatifs même doivent concourir, avec ce régime, à prévenir ou à combattre cet accident, qui complique toujours d'une manière fâcheuse l'engorgement chronique qu'il s'agit de faire disparaître. En général, quand il y a eu lieu, dans un état morbide quelconque, à pratiquer la révulsion cutanée au moyen de topiques irritants, les vésicatoires ordinaires doivent obtenir la préférence. Nous ne ferons qu'une exception : on leur préférera l'emplâtre, ou la pommade stibiée, dans les cas où l'on aura affaire à des malades dont l'appareil urinaire offre une susceptibilité insolite, à plus forte raison à des individus chez lesquels cet appareil est actuellement malade. S'il arrivait que le mal résistât à cette médication puissante, il ne faudrait pas se décourager encore, et abandonner à la nature la résolution de l'engorgement. Les forces conservatrices de l'organisme déploient surtout leur action en faveur des organes importants de la vie, en faveur des organes dont les fonctions troublées suscitent ces efforts conservateurs même: la même réaction n'a plus lieu quand le mal consiste en un simple traumatisme, qui ne touche qu'à un organe accessoire à la vie, si je puis ainsi dire. Dans ces tumeurs ovariques, dont la composition est si variée, et qui résistent d'une manière si opiniâtre à toute médication, M. Rayer a dans plus d'un cas employé avec un succès réel les préparations d'iode à doses élevées. Dernièrement encore, ce praticien habile eut occasion de traiter suivant cette méthode une dame anglaise que les médecins les plus célèbres de l'Angleterre avaient abandonnée, et qui était atteinte depuis longues années d'une affection de ce genre; cette dame guérit complétement. Suivant le médecin de la Charité, l'iode agit, en pareille circonstance, en allumant dans les tissus malades des foyers phlegmasiques sous l'influence desquels la tumeur se fond, se rétrécit et se résout. Lorsque ces inflammations artificielles dépassent un certain degré d'intensité, ce qui arrive assez souvent, il est nécessaire de réprimer, par une médication antiphlogistique proportionnée à l'effet produit, le travail morbide. Dans les cas où l'engorgement du tissu cellulaire extra-péritonéal résisterait aux moyens prudemment indiqués, ne pourrait-on pas suivre la méthode thérapeutique à la fa-

veur de laquelle de si remarquables succès ont été obtenus dans le traitement des tumeurs ovariques? Plus d'une fois on a tenté des médications qui offraient moins de chances de succès que celle dont il s'agit en ce moment. Cette méthode ne pourrait d'ailleurs s'appliquer indistinctement à tous les cas réfractaires à la médication révulsive; il est des malades chez lesquels le phlegmon de la fosse iliaque laisse un engorgement des tissus qu'il a frappés, dans un état de sur-inflammation sourde, qui rendrait fort chanceuses les préparations d'iode, et qui commande même une grande circonspection dans l'emploi des révulsifs cutanés. Nous avons observé, il y a quelques jours seulement, un cas de ce genre dans le service de M. Rayer, où il semblerait que depuis quelque temps les malades atteints de la maladie dont nous nous occupons ici se soient donné rendez-vous; voici les principales circonstances de ce fait intéressant.

La femme Blanquet, âgée de vingt-cinq ans, présentant tous les traits du tempérament lymphatique, est mariée, et a eu deux enfants. Il y a un an, à la suite d'une chute à la renverse d'un lieu élevé, cette femme rendit par la bouche, pendant trois ou quatre jours, une grande quantité de sang noir; elle évalue celle-ci à huit litres. Si l'on s'en rapporte à la déclaration de la malade, ce sang paraît avoir été rejeté par l'estomac; interrogée cependant si ses garderobes avaient contenu à leur tour de ce liquide, si elle avait rendu des matières d'un noir foncé, elle répond négativement. Quoi qu'il en soit, la malade se rétablit de cet accident. A la fin de janvier, se trouvant grosse de cinq ou six mois, elle fait une chute en arrière; cinq semaines après ce nouvel accident, accouchement facile. Le troisième jour qui suit cet accouchement, la malade éprouve une douleur dans la profondeur de la région iliaque droite, avec sensation d'engourdissement, de spasme douloureux dans la cuisse correspondante. Admise dans le service de M. Gerdy, qui reconnaît un phlegmon du tissu cellulaire extra-péritonéal, une médication antiphlogistique énergique est mise en usage immédiatement, dans la vue d'obtenir la résolution du mal ; cent cinquante sangsues sont appliquées en quatre fois sur le point malade, des cataplasmes permanents, des bains, la diète, à la fin un vésicatoire, sont employés concurremment avec le moyen précédent. La suppuration a été ainsi probablement prévenue; mais la tumeur du bas-ventre, après avoir diminué de volume, s'être circonscrite d'une manière plus exacte, et avoir perdu une grande partie de sa sensibilité, resta stationnaire. La malade, d'une nature inquiète, quitta le service de M. Gerdy, se fit traiter pendant quelque temps chez elle, et finit par revenir à la Charité, où elle fut reçue dans le service de M. Rayer. Ce médecin crut devoir revenir encore aux

émissions sanguines et prescrivit en deux fois quarante-cinq sangsues ; un soulagement notable suivit cette application. Toutefois la tumeur conserva toujours une plus grande sensibilité que d'ordinaire : trois vésicatoires volants furent successivement posés sur la tumeur ; après l'application du dernier vésicatoire, il semble que l'engorgement est moins dur, mais la douleur persiste toujours à un haut degré. En vain une constipation opiniâtre est combattue par des lavements, des laxatifs même ; cette disposition fâcheuse se reproduit toujours, et la tumeur très-sensible au toucher peut à peine être explorée; point de fluctuation cependant, aucune rougeur à la peau. Souffrant depuis longtemps déjà, d'une constitution naturellement faible, épuisée doublement par une maladie qui minait sourdement la vie, et par la médication énergique que cette maladie commandait impérieusement, cette femme a fini par succomber. L'autopsie a complétement vérifié le diagnostic porté pendant la vie ; quelques petits foyers de suppuration disséminés expliquaient d'ailleurs la sensibilité que jusqu'aux derniers moments la tumeur avait conservée.

Nous n'oserions décider la question de savoir si la révulsion au moyen des vésicatoires employés coup sur coup est rigoureusement applicable aux cas de ce genre ; mais nous n'hésiterons point à rappeler que cette méthode doit être employée avec mesure chez les individus profondément affaiblis, et chez lesquels cette débilitation profonde s'accompagne d'une grande impressionnabilité du système nerveux : c'est ainsi que dans les cas même où la maladie consiste essentiellement dans un traumatisme local, on doit, dans l'institution de la méthode thérapeutique que celui-ci commande, tenir compte de l'état général, et prévoir la manière dont les forces dont l'organisme est animé se comporteront vis-à-vis de cette médication. Si cette remarque s'applique à la médication révulsive, à plus forte raison s'applique-t-elle à la méthode de substitution interne dont nous parlions il n'y a qu'un moment. On a admis pendant longtemps que la vigueur de la constitution, une riche hématose, un sang bien nourri, étaient la condition extérieure de la vie, sous l'influence exclusive de laquelle les phlegmasies locales avaient de la tendance à se développer : c'était là évidemment une conception erronée ; les individus placés dans des conditions physiologiques inverses à celles que nous venons de rappeler ne sont pas mis à l'abri par là de cet état morbide, qui, pour revêtir une forme un peu différente dans son mode de manifestation, n'en demeure pas moins au fond le même. La méthode substitutive, qui répond ici en partie à la méthode altérante des anciens, n'est susceptible, en pareil cas, que d'une application fort limitée. Employés dans de telles conditions, l'iode ou

d'autres préparations analogues dans leur mode d'action, avant de parvenir à résoudre le mal par le travail sourd qu'ils provoqueraient dans l'intimité de la trame des tissus lésés, porteraient souvent une atteinte profonde à la vie, en mettant le désordre dans le jeu des fonctions vitales, et en provoquant de ces inflammations diffuses qui ajouteraient à la maladie, que l'on voulait combattre.

Lorsque le phlegmon de la fosse iliaque doit se terminer par la formation d'un abcès, cette terminaison arrive ordinairement dans un espace de temps assez court ; il est cependant de remarquables exceptions à cette règle; nous rappellerons succinctement, comme un des faits qui méritent le plus l'attention sous ce rapport, celui que MM. Brierro de Boismont et Max ont rapporté dans l'ouvrage où ils ont reproduit les leçons orales du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'une fille âgée de vingt-trois ans, qui fut atteinte d'un phlegmon iliaque à la suite d'un accouchement. La malade présentait les symptômes ordinaires de cette maladie, qui dura près de quatre mois; ce n'est qu'à cette époque qu'une fluctuation évidente fut constatée. La malade était tombée dans un état de dépérissement, qui annonçait une fin prochaine; puis tout à coup le pus se fit jour à travers la vessie, et une quantité considérable de ce liquide sortit avec les urines. A mesure que ce vaste foyer se vida, la tumeur de la fosse iliaque s'affaissa, peu à peu la santé se rétablit, et la malade sortit dans un état excellent de santé. Nous ne ferons qu'une remarque : nous vous dirons d'admirer avec Dupuytren, en présence de ce fait, les ressources de la nature dans les cas les plus désespérés.

Nous terminerons ici ce travail, auquel nous n'avons pas craint de donner quelque étendue, convaincu que nous sommes que l'intérêt pratique du sujet qui y est traité rendait nécessaires les développements auxquels nous nous sommes livré. Nous ne nous sommes point proposé de donner une monographie complète des phlegmons de la fosse iliaque droite, un tel sujet n'eût pu tenir dans le cadre nécessairement restreint d'un journal. Le diagnostic seul de la maladie, pour être complet, et pour distinguer d'après leur siége précis les tumeurs de cette région, nous eût obligé de dépasser de beaucoup les limites dans lesquelles nous avons dû nous restreindre. En touchant au diagnostic comme aux autres points de l'histoire de cette maladie, nous avons tâché de nous tenir au point de vue exclusif de la pratique. Sous plus d'un rapport nous avons supposé connu de nos lecteurs le sujet que nous traitions : parmi les faits que nous pouvions rapporter, nous avons choisi ceux qui, par la physionomie insolite sous laquelle ils se présentaient à l'observation, pouvaient le plus faire hésiter le diagnostic. Nous rappelle-

rons à cet égard le premier cas que nous avons rapporté avec quelques développements, et que M. le professeur Andral et moi avons observé ; nous ne pensons pas qu'on en ait encore consigné d'analogue dans les annales de la science. Il était un point de l'histoire de la maladie, qui méritait, sous le rapport de la thérapeutique, de fixer surtout notre attention ; c'était l'engorgement chronique du tissu cellulaire extra-péritonéal, soit que cet engorgement suivît la suppuration, soit qu'il résultât d'une résolution incomplète. Jusqu'à ces derniers temps, où M. Rayer tenta d'obtenir la disparition de cet engorgement au moyen d'une révulsion cutanée énergique, on s'était fort peu occupé de la thérapeutique de cet état morbide, qui cependant menace incessamment les malades de la reproduction des premiers accidents, et dans des conditions générales beaucoup moins favorables à la guérison. En étudiant la question du phlegmon extra-péritonéal sous ce point de vue nouveau, nous croyons donc surtout n'avoir pas fait une œuvre complétement inutile ; c'est d'ailleurs surtout à des praticiens que nous nous adressons, c'est donc à eux surtout, et sur le terrain de l'art, qu'il appartient de juger ce travail, que nous leur livrons avec confiance.

MAX. SIMON.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES TUMEURS DU SEIN.

Des nombreux produits anormaux qui naissent et se développent dans la mamelle, il en est dont la nature intime ne peut être l'objet d'aucun doute. Aussi tous les anatomo-pathologistes sont-ils d'accord pour les décrire sous la dénomination de tumeurs *malignes*. Elles sont formées par les tissus encéphaloïde squirrheux, mélanique et colloïde. Quant aux tumeurs dites *bénignes* et non susceptibles de dégénérer en cancer, la classification en est moins rigoureuse, et le désaccord des chirurgiens sur ce point capital de pathologie vient d'être publiquement revélé par la discussion que le mémoire de M. Cruveilhier sur les corps fibreux du sein a soulevée dans l'Académie de médecine ; mais avant d'aborder cette variété de tumeurs mammaires, qui sera plus spécialement l'objet de ce travail, il m'a semblé qu'il y aurait quelque utilité à appeler l'attention sur certaines tumeurs du sein que l'on rencontre assez rarement en pratique, et dont le diagnostic est en

général difficile, précisément à cause des traits de ressemblance qu'ils offrent avec les corps fibreux.

En première ligne se présentent les tumeurs produites par un engorgement tuberculeux, qu'il est si facile de confondre avec le squirrhe. Elles se rencontrent particulièrement chez les jeunes filles. On en trouve une observation intéressante dans la clinique chirurgicale de M. Lisfranc. — Catherine Martin, âgée de dix-neuf ans, n'était plus réglée depuis quinze mois ; en avril 1825, elle sentit une légère douleur et s'aperçut qu'elle portait dans le sein droit une petite tumeur de la grosseur d'un pois. Le tubercule augmenta bientôt de volume ; autour de lui se forma un engorgement, d'autres tubercules se manifestèrent, et le sein, prenant de jour en jour plus de développement, finit par être deux fois plus gros que celui du côté opposé. Il était très-dur, et offrait des douleurs lancinantes. Un chirurgien en conseilla l'ablation, qui ne fut pas acceptée. Trois petits abcès se formèrent et s'ouvrirent successivement. Le 9 septembre, six mois après l'invasion de la maladie, le sein était dur, rénitent, irrégulièrement bosselé, adhérent à la poitrine : la glande n'était plus reconnaissable, et le mamelon avait disparu dans la tuméfaction, la peau un peu rosée adhérait aux parties sous-jacentes ; il existait trois ouvertures d'où s'écoulait un peu de pus séreux, enfin le sein présentait tous les caractères du squirrhe. M. Lisfranc, avant d'en venir à l'opération, qui semblait rigoureusement indiquée, voulut tenter une autre voie de guérison, justifiée d'ailleurs par l'âge de la malade jusqu'à un certain point incompatible avec le développement de l'affection cancéreuse. Pendant quatre jours on appliqua chaque matin quinze sangsues sur le sein et des cataplasmes émollients. Puis on continua d'en poser six tous les cinq jours ; en tout on en fit dix applications. Pendant l'emploi de ce traitement il se forma cinq abcès qui, successivement ouverts, donnèrent issue à un pus jaune, caséeux. Ces abcès avaient lieu sur les bosselures, et à mesure que l'un se développait, se vidait et se cicatrisait, un autre débutait pour parcourir ensuite les mêmes périodes. On associa les onctions mercurielles aux cataplasmes émollients, puis on eut recours à la pommade d'hydriodate de potasse à la dose de 2 grammes par jour. Bientôt le sein diminua de volume et se ramollit. On porta successivement la dose de la pommade jusqu'à 5 grammes par jour. Sous l'influence de ce traitement le sein diminua d'une manière rapide, les bosselures disparurent, le mamelon se dessina, la glande reprit sa grosseur, sa consistance et sa mobilité normales. Le 28 octobre la jeune fille quitta l'hôpital.

Ne pourrait-on pas rapprocher de l'affection tuberculeuse dont il vient d'être question les tumeurs du sein que M. le professeur Roux appelle

strumeuses et qui ont, suivant lui, une grande analogie avec les tumeurs scrofuleuses proprement dites? Ces productions tuberculeuses ont été également reconnues par M. Velpeau, ainsi que le prouve le passage du Dictionnaire en 25 volumes, où il est dit que ce chirurgien a trouvé chez plusieurs femmes, dans l'épaisseur même de la mamelle, sept à huit tumeurs, du volume d'une noisette à une noix ordinaire, paraissant constituées par autant de lobules ramollis au centre, comme infiltrés ou remplis de matière tuberculeuse et caséeuse; dans un cas, bien que les malades eussent une santé délicate et un tempérament manifestement lymphatique, les poumons cependant parurent sains.

Il est une question sur laquelle les chirurgiens ne sont pas d'accord, et qui a trait à la formation dans le tissu cellulaire de la mamelle de tumeurs lymphatiques qui ne seraient autre que des ganglions lymphatiques eux-mêmes hypertrophiés. Les anatomistes qui n'admettent pas l'existence de pareils ganglions à l'état normal, rejettent un état pathologique qui n'en serait que l'exagération. Mais là où l'anatomie ne découvre pas certains faits d'organisation primitive, il n'est pas rare de les constater lorsqu'ils ont été influencés dans leur développement par un excès de mouvement nutritif que fait naître et entretient dans sa sphère d'action tout travail pathologique. L'observation d'ailleurs interviendra encore ici pour résoudre la difficulté. — On lit dans la *Clinique chirurgicale* de M. Lisfranc, qu'une femme, âgée de vingt-cinq ans, portait au sein une tumeur qui en avait triplé le volume; l'engorgement était dur, bosselé et adhérent, des douleurs lancinantes s'y faisaient sentir. La maladie, développée sans cause connue, existait chez une femme de constitution non scrofuleuse. Plusieurs chirurgiens en avaient conseillé l'ablation. M. Lisfranc en tenta la résolution à l'aide de médications appropriées. A la suite d'une subinflammation très-prononcée, une fluctuation profonde se manifesta; bientôt le liquide sécrété envahit la presque totalité du sein, le foyer fut ouvert largement, et il sortit une quantité considérable de pus séreux et caséeux; il fut facile alors de constater la présence de plusieurs ganglions lymphatiques engorgés qui avaient résisté à la suppuration et qui paraissaient avoir été ulcérés par elle. On pratiqua dans le foyer purulent des injections émollientes peu chaudes; on pratiqua des frictions résolutives : les tissus engorgés revinrent à l'état normal, le foyer purulent se cicatrisa. Six semaines suffirent pour obtenir une guérison complète. — Il est probable que des cas de cette nature ont souvent été pris pour des squirrhes, et, comme tels, soumis à une opération, qu'on eût pu éviter avec un peu moins de précipitation et plus de confiance en l'efficacité d'un traitement médical sur lequel les chirurgiens ont en général le tort de ne pas assez longtemps insister.

Un autre exemple de tumeur ganglionnaire et lymphatique de la mamelle nous est fourni par une femme qui est restée longtemps couchée à l'hospice de la Faculté, où elle a succombé ; elle portait dans le sein des tumeurs qui offraient les caractères des ganglions lymphatiques altérés, et qui étaient criblées de points grisâtres comme dans l'affection tuberculeuse; cette femme avait un grand nombre de tumeurs semblables dans toutes les régions où l'anatomie a démontré l'existence des ganglions lymphatiques et dans une foule de points où ces organes n'ont jamais été rencontrés. C'est peut-être, ajoute M. Velpeau, l'auteur de cette observation, le seul cas connu qui puisse faire supposer que des ganglions lymphatiques existent à l'état rudimentaire dans la mamelle. Au dire de M. Lisfranc, ce fait serait loin d'être aussi rare qu'on le pense, puisque dernièrement il annonçait à l'Académie de médecine que plus de cinquante fois il avait eu l'occasion de l'observer. Il s'ensuivrait que l'engorgement ganglionnaire lymphatique doit occuper une place importante dans l'étude du diagnostic différentiel des maladies du sein. Il faut encore ranger au nombre des tumeurs solides et de nature bénigne de la mamelle ces productions qui ont surtout été bien décrites par Astley Cooper, et qui offrent pour caractère fondamental d'être constituées par un tissu granulé, ce qui leur donne une grande ressemblance avec le tissu même de la glande. Cette espèce de tumeurs, dit le célèbre chirurgien anglais, est extrêmement mobile ; en effet, au lieu d'être en quelque sorte plongée dans l'épaisseur du sein, elle n'a pour principal moyen d'union avec lui que l'intermédiaire de l'enveloppe fibreuse ; aussi elle glisse à sa surface quand on lui imprime des mouvements. Cette affection ne présente aucun caractère de malignité : elle n'a rien de commun avec le cancer ; aussi reste-t-elle pendant plusieurs années dans un état presque stationnaire pour disparaître ensuite d'une manière graduelle. Il est donc indiqué d'après cela qu'on ne doit jamais, *à priori*, recourir contre elle à une opération inutile, pour peu que la maladie soit convenablement attaquée par les moyens résolutifs et surtout par la compression, dont l'effet nous paraît devoir être d'autant plus assuré dans ce cas, que la tumeur à laquelle elle s'adresse, est constituée par un tissu qui, par sa nature intime, se rapproche davantage des tissus normaux. La même indication pratique pourrait, ce me semble, s'appliquer à l'hypertrophie graisseuse des mamelles, surtout quand la maladie est voisine de son début. Cette hypertrophie à un degré plus avancé a été décrite sous le nom de tumeur adipeuse du sein, et nous la voyons se traduire sous deux formes distinctes dans les observations rapportées par Astley Cooper.

Dans un cas, véritable lipôme sous-mammaire, la tumeur avait débuté

par la partie postérieure de la mamelle, et s'était développée entre la glande et la face antérieure du grand pectoral. Voici l'observation : Mistriss Smith portait une tumeur à la mamelle gauche, qui avait 31 pouces de circonférence et 10 pouces et demi de long. La tumeur fut enlevée de la manière suivante : on pratiqua d'abord une incision semi-lunaire à la partie antérieure et supérieure de la tumeur, et l'on attira celle-ci en bas; puis on fit une incision le long de la partie inférieure jusqu'à ce que le muscle pectoral fût mis à nu. Ensuite on disséqua la tumeur de haut en bas; la dissection fut facilitée par la tension que son poids déterminait dans le tissu cellulaire qui l'unissait aux muscles. Une très-grande partie de peau et la totalité de la mamelle avec la tumeur qui était située derrière elle, furent enlevées. Grâce à la réunion immédiate, la guérison fut rapide. Dans un autre cas, cité par le même auteur, tous les lobules graisseux situés entre les grains glanduleux du sein étaient tellement hypertrophiés qu'ils constituaient une tumeur qui semblait avoir envahi cet organe dans toute son étendue. Ces différents lobes graisseux purent être retirés des interstices de la glande qui fut ainsi conservée. On comprend tout ce que le diagnostic en pareil cas offre de difficulté et d'incertitude; aussi ne fut-ce qu'après avoir mis à découvert la tumeur par une incision que le chirurgien anglais put reconnaître que la glande mammaire était saine, et que la tumeur provenait de l'augmentation de volume des paquets graisseux qui entrent dans sa composition. Il résulte de cette difficulté de diagnostic, qu'en présence d'un fait pathologique semblable ou présumé tel, le chirurgien devra marquer le premier temps de l'opération par une incision exploratrice, et ne pas procéder d'emblée à l'ablation de la mamelle. En général, il faut l'avouer, on néglige trop les moyens préalables d'investigation, qui seuls peuvent donner au diagnostic un degré de certitude qui lui manque le plus souvent; aussi, que d'erreurs graves ont été commises au préjudice des malades, dont plusieurs, et les faits sont là qui l'attestent, ont subi une mutilation dans des circonstances qui étaient loin de l'exiger! « Il y a dix à douze ans, dit M. Roux, dont la compétence en matière de diagnostic chirurgical est incontestable, j'ai enlevé une tumeur du sein, que je croyais cancéreuse, et qui n'était qu'une tumeur hydatique. Je me suis consolé en lisant dans Warren (*Traité des tumeurs*), que plusieurs cas semblables s'étaient présentés à d'autres chirurgiens. Dans une autre occasion, j'ai enlevé une mamelle qui ne présentait qu'un abcès chronique, dont la dureté m'en avait imposé. J'aurais évité l'erreur, en faisant avec le trocart une ponction exploratrice. » Cet aveu plein de franchise n'est pas seulement honorable pour son auteur, il renferme de plus une excellente leçon de clinique

chirurgicale et un exemple de probité scientifique qu'il serait bon d'imiter. Le praticien consciencieux doit sacrifier son amour-propre aux intérêts de la vérité, et se rappeler sans cesse que dans la pratique de notre art les revers instruisent autant que les succès.

Nous arrivons maintenant au mémoire de M. Cruveilhier, sur les corps fibreux de la mamelle. A peine indiqués dans les auteurs qui traitent plus spécialement des maladies de cet organe, ces produits anormaux constituent-ils réellement une classe à part de tumeurs; ou ne seraient-ils, comme l'a avancé M. Castel, que l'embryon d'une maladie, du cancer, par exemple? A cette opinion, M. Cruveilhier oppose son expérience clinique et les données de l'anatomie pathologique, pour lui si concluantes, qu'elles l'autorisent à poser en loi l'incompatibilité du tissu fibreux et du cancer; loi formelle et absolue qui garantit à tout jamais les tumeurs fibreuses du sein de la dégénérescence carcinomateuse.

Mais laissons parler l'auteur, qui va lui-même, dans l'observation suivante, résumer tous les caractères essentiels des corps fibreux.

Obs. Je fus consulté, il y a quinze ans environ, dit l'auteur, par Mme C..., âgée de quarante ans, d'une très-forte constitution, d'une grande fraîcheur. Elle portait dans la mamelle gauche trois tumeurs très-dures, dont deux du volume d'un œuf de poule, et dans la mamelle droite une seule tumeur du volume d'un gros œuf de dinde; ces tumeurs, parfaitement circonscrites, étaient d'une dureté pierreuse ou ligneuse, mamelonnées et profondément sillonnées à la surface, roulant sous la peau, roulant sur la glande mammaire dont elles paraissaient tout à fait indépendantes. Je les caractérisai sous le nom de *corps fibreux des mamelles*: elles existaient depuis l'époque de la puberté. La malade croyait remarquer depuis peu une augmentation notable de volume dans ces tumeurs. L'époque du changement d'état approchait: on lui avait suggéré des craintes très-vives pour cette époque. Mon avis fut qu'il n'y avait aucun péril à attendre, que ces tumeurs étaient bien de nature fibreuse, et partant incapables de dégénération. M. Cruveilhier ajoute, que la malade ayant succombé à la suite d'un erysipèle erratique qui parcourut toute la surface du corps et vint se fixer en dernier lieu sur la mamelle droite où il détermina un phlegmon érysipélateux, l'autopsie put être faite. Tous les organes intérieurs étaient sains. Les trois tumeurs de la mamelle gauche, toujours mobiles et parfaitement circonscrites, purent être séparées, par une véritable énucléation, et du tissu adipeux qui restait encore, et de la glande mammaire elle-même, auxquels elles ne tenaient qu'à l'aide d'un tissu cellulaire très-lâche. Ces tumeurs, du volume d'un œuf de poule, présentaient tous les caractères du tissu fibreux. La glande mammaire droite avait presque disparu en

tièrement ; elle était remplacée par une grosse tumeur fibreuse divisée en lobules, lesquels se subdivisaient en granulations.—Cette observation, la seule que renferme le travail de M. Cruveilhier, manque, suivant nous, d'un élément nécessaire aujourd'hui pour constater avec certitude la nature intime de tout produit pathologique, je veux dire l'examen microscopique ; et ici, plus que partout ailleurs, ce contrôle est indispensable, en raison de la similitude d'aspect, de forme et de consistance qui existe entre le tissu fibreux et le tissu d'autres tumeurs, notamment celui du squirrhe enkysté quand on l'examine à l'état de crudité. Nous n'entendons pas pour cela rejeter le développement possible de tumeurs fibreuses dans le sein ; nous croyons, au contraire, avec presque tous les chirurgiens, que ce développement a lieu. Les deux faits qui suivent ne nous permettent pas d'ailleurs de le mettre en doute :

Obs. La fille Hugo, âgée de vingt-trois ans, douée d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, vint de la Bourgogne, où elle se livre aux travaux de la campagne, à l'hôpital de la Pitié le 17 juin 1837 ; réglée à dix-sept ans, sans avoir jamais cessé de l'être exactement, cette jeune fille, avec tous les attributs de la plus belle santé, vit se développer sans cause connue, à l'âge de vingt ans, dans son sein droit, une petite tumeur grosse comme une noisette, dure, mobile, tout à fait indolore : le médecin consulté à cette époque dit que cela disparaîtrait, qu'il ne fallait pas s'en préoccuper. La jeune fille continua de se livrer à ses travaux, la tumeur prit de l'accroissement tout en restant indolore ; une seconde tumeur, avec les mêmes caractères que la première, se manifesta au-dessous de celle-ci. Actuellement on remarque que la moitié supérieure du sein droit est plus développée que de coutume ; on constate, sans recourir au toucher, que la peau, parfaitement saine d'ailleurs, est soulevée par deux tumeurs; l'une située en dedans est plus volumineuse; l'autre en dehors l'est un peu moins ; entre elles deux, une troisième plus petite fait un relief moins marqué. Ces tumeurs sont liées entre elles par du tissu cellulaire induré, mais dont la consistance n'approche pas de celle des tumeurs elles-mêmes, qui sont très-dures : ces trois tumeurs sont mobiles, non pas isolément, mais en bloc ; indolores même au toucher, elles offrent à leur surface des inégalités. Au-desous de cette triple tumeur, que l'on soulève aisément, on trouve la glande mammaire saine en apparence ; la jeune malade n'a jamais éprouvé la moindre douleur dans le sein. Pendant quatre mois le traitement résolutif fut mis en usage : émollients d'abord, puis frictions avec la pommade iodurée, la compression ; à l'intérieur on donna des sucs d'herbe. Ce traitement eut pour résultat de diminuer un peu la consistance de la tumeur vue dans son ensemble, puis d'isoler les tumeurs l'une de l'autre ; on put

dès lors les circonscrive individuellement entre les doigts ; celle du milieu avait à peine le volume d'un haricot ; le tissu cellulaire avait été ramené à sa densité ordinaire. Ce premier résultat obtenu, et le traitement fondant demeurant désormais sans efficacité, M. Lisfranc, que j'assistai dans l'opération, extirpa ces tumeurs, qu'après un examen très-minutieux nous regardâmes comme étant formées par un tissu fibreux en voie de ramollissement. La guérison chez cette jeune fille fut promptement obtenue, et à la sortie de l'hôpital, le sein droit avait, à peu de chose près, le même volume que celui du côté gauche, il était également souple et parfaitement indolore. — A cette observation qui m'est propre, on peut objecter avec raison l'absence d'un critérium que j'ai dit nécessaire dans l'état actuel de nos connaissances, l'exploration anatomique au moyen du microscope. A ceux qui seraient tentés de faire cette objection et pour lesquels l'existence des corps fibreux de la mamelle ne serait pas suffisamment démontrée, nous répondrons par un dernier fait qui, cette fois, sera sans réplique. Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, qui vint dernièrement à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Jobert, pour s'y faire enlever une tumeur du sein : cette tumeur existait depuis sept ans, indolore, dure, mobile, sous-cutanée ; elle offrait tous les caractères des corps fibreux décrits par M. Cruveilhier. Le chirurgien de Saint-Louis en fit l'ablation il y a quelques jours. Désireux de donner au diagnostic anatomique toute la certitude possible, il soumit la tumeur à l'examen microscopique de M. Mandl. Cet habile observateur nous montra de la manière la plus évidente la structure fibreuse de ce tissu. Sous quelque aspect qu'on l'envisageât, partout les fibres étaient on ne peut mieux appréciables, longitudinales, obliques ou enchevêtrées; elles constituaient des plans nets, précis, bien arrêtés ; nulle part il n'existait de lacunes ou d'aréoles circonscrites et cloisonnées par le tissu fibreux, renfermant un produit de sécrétion grisâtre, comme cela s'observe dans le squirrhe. Ajoutons que, contrairement à l'opinion de M. Cruveilhier, qui, bien qu'il admette l'existence de vaisseaux veineux en grand nombre dans les corps fibreux du sein, dit qu'aucun vaisseau artériel ne peut être suivi dans leur épaisseur, et qu'aucun filet nerveux n'y a été démontré, M. Jobert y constata la présence d'un nerf et d'une artère volumineuse.

Par ce qui précède, on a pu voir que nos observations s'accordent avec celles de M. Cruveilhier pour rendre évidente la production des tumeurs fibreuses dans la mamelle, mais nous différons d'opinion avec lui sur le degré de fréquence de ces tumeurs : fort communes suivant cet observateur, pour nous elles sont au contraire fort rares ;

leur développement a lieu surtout chez les femmes encore jeunes. Ces tumeurs sont plus ou moins volumineuses, dures, lisses ou bosselées, quelquefois solitaires, le plus souvent agrégées; généralement sous-cutanées, très-nettement circonscrites, sans adhérence avec la glande mammaire au moins primitivement; mobiles et roulantes sous le doigt comme le serait un ganglion lymphatique; enfin elles sont indolores. Ces tumeurs, suivant M. Cruveilhier, n'ont d'autres inconvénients que celui de gêner par leur poids et leur volume, surtout lorsqu'elles ont acquis un grand développement, ce qui n'a lieu qu'au bout d'un temps fort long. Comme un de leurs caractères pathologiques consécutifs, M. Cruveilhier indique leur transformation partielle en tissu osseux par encroûtement de phosphate calcaire; il note encore dans quelques cas leur diminution de volume par une espèce d'atrophie. Pour l'auteur, rien de plus facile que le diagnostic clinique de ces corps fibreux; aux caractères qui précèdent, il n'y a pas, suivant lui, d'incertitude possible; toujours on les distinguera aisément de l'induration suite de l'inflammation chronique, et des tumeurs cancéreuses. Aussi M. Cruveilhier n'hésite pas à se prononcer sur la nature intime de ces tumeurs lorsqu'elles s'offrent à son observation, et, comme conséquence de son diagnostic dont l'infaillibilité lui est garantie par *des signes certains* à son avis, il donne aux malades le conseil de ne point se faire opérer, les tumeurs qu'elles présentent ne pouvant, dans aucun cas, subir la dégénérescence cancéreuse. Pour que la doctrine professée par M. Cruveilhier puisse devenir en pratique la règle de conduite à suivre, il est de toute nécessité que l'expérience clinique d'une part, et l'étude anatomique de l'autre, en aient consacré la justesse et en aient sanctionné l'infaillibilité. Or, cette double condition est loin d'exister, et, à défaut d'autre preuve, il suffirait presque, pour s'en convaincre, de constater l'assentiment unanime des chirurgiens qui, dans le sein de l'Académie de médecine, l'ont énergiquement combattue; ce qu'ils ont eu d'autant plus de raisons de faire, que l'autorité scientifique de M. Cruveilhier étant plus élevée, les principes qu'il a émis, s'ils sont erronés comme nous le croyons, auraient eu nécessairement sur la thérapeutique une plus fâcheuse influence.

Pour ce qui se rapporte au diagnostic, on peut voir, en effet, que la plupart des tumeurs ganglionnaires, strumeuses et autres que nous avons mentionnées en commençant ce travail, présentent la plupart des caractères assignés par l'auteur aux corps fibreux. Le cancer enkysté, et ceci est bien autrement grave en raison des conséquences fâcheuses qui en résultent pour les malades, peut lui-même en imposer au chirurgien : nous en avons eu tout récemment la preuve dans le fait suivant, qui inter-

viendra utilement et fort à propos dans cette question. Madame X....; habituellement bien réglée, est âgée de vingt-trois ans ; elle est douée d'une bonne santé, sa constitution est assez forte. Au mois de décembre 1842, ayant adressé quelques reproches à un enfant de treize ans, celui-ci se jeta sur elle, et lui porta un coup de poing dans le sein droit. Ses règles, qu'elle avait en ce moment, se supprimèrent : elles revinrent ensuite tous les mois, mais l'écoulement de sang, au lieu de durer huit jours, comme auparavant, n'eut plus lieu que pendant vingquatre heures seulement, encore le sang est-il pâle et décoloré. A chaque époque menstruelle, madame X.... éprouvait de tout temps des douleurs dans les deux seins ; il lui semble que depuis l'accident qu'elle a éprouvé ces douleurs sont plus vives. Au mois d'avril 1843, elle s'aperçut, en touchant son sein droit, qu'il s'y trouvait une grosseur qui fuyait sous la peau quand on la comprimait. Un premier traitement par les fondants fut suivi pendant quatre mois ; pendant cinq autres mois madame X.... se borna à faire usage de fomentations émollientes et huileuses. Elle revint ensuite aux fondants et aux sangsues mises tous les quinze jours au nombre de douze, elle prit à l'intérieur l'iodure de potassium. La tumeur demeurait stationnaire. Actuellement, 12 mars 1844, treize mois environ depuis qu'elle a reçu le choc auquel on attribue le développement de la tumeur, celle-ci offre les caractères suivants : située tout à fait sous la peau, à travers laquelle elle fait relief, elle est mobile en tout sens, glisse sous la main quand on la presse, ne se confond point avec la glande mammaire, je m'en suis assuré en la circonscrivant entre les doigts ; son volume est celui d'une grosse noix ; il diminue, dit madame X...., plutôt qu'il n'augmente ; dure, inégale, la tumeur est indolore au toucher et même à la pression ; les douleurs du sein aux époques menstruelles sont plus vives, mais ces douleurs existent à peu près au même degré dans les deux seins. L'extirpation de cette tumeur fut pratiquée par M. Jobert (de Lamballe). La peau fut incisée dans l'étendue de quelques centimètres ; la tumeur se présenta aussitôt ; saisie avec des érignes, elle fut aisément détachée, il suffit de couper quelques brides de tissu cellulaire un peu induré qui la retenaient. Quant à la nature du tissu qui la constituait, on eût pu aisément la pressentir aux caractères symptomatiques que j'ai scrupuleusement recueillis, et qui sont la reproduction exacte de ceux assignés aux corps fibreux de la mamelle : cependant, à un premier examen anatomique de la tumeur, M. Jobert et moi crûmes qu'elle était squirrheuse ; pour qu'il ne nous restât aucun doute, nous en appelâmes au microscope qui, sous la direction de M. Mandl, révéla l'existence d'un cancer à forme aréolaire. — Que devient, en présence d'un pareil

fait, qui se renouvelle d'ailleurs souvent en pratique, que devient, dis-je, la prétendue infaillibilité des signes à l'aide desquels il est toujours permis de diagnostiquer à coup sûr les corps fibreux dans le sein ? Nul doute que dans le cas dont nous avons été témoin, et en présence des symptômes qu'il a offerts, M. Cruveilhier lui-même n'eût pu s'empêcher de reconnaître l'existenee d'un de ees corps. Dira-t-on que la douleur observée chez madame X... était un signe différentiel suffisant? Mais cette douleur, qui a existé de tout temps, et qui ne s'est aecrue ensuite que médiocrement, ne pouvait être d'aucune valeur, puisqu'elle existait dans les deux seins. Combien de femmes d'ailleurs qui, au moment des règles, ressentent de semblables douleurs dans les seins et souvent même y éprouvent de véritables élancements ! Est-il un chirurgien qui oserait fonder un diagnostic sur l'existence ou l'absenee d'un caractère aussi fugace, surtout quand derrière ee diagnostic peut se eacher un cancer qui aura été méconnu ?— Concluons done que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'affirmer en matière de diagnostic, quand il s'agira des tumeurs du sein dont il est ici question ; et que conséquemment ne pas les extirper, c'est exposer les malades à toutes les chances d'une affeetion cancéreuse toujours possible. Je dis toujours, parce que, contrairement à l'assertion de M. Gruveilhier, je crois avec MM. Blandin, Andral, Lisfranc, Jobert et la plupart des anatomo-pathologistes, que les tumeurs fibreuses n'ont point le privilége de se soustraire indéfiniment à la transformation carcinomateuse. Veines, artères et nerfs, tous les éléments des tissus fibreux primitifs s'y retrouvent; or, l'uniformité de composition implique l'uniformité pathologique : pourquoi dès lors, quand ces derniers en sont atteints, le tissu fibreux accidentel ne pourrait-il pas, lui aussi, en être le siége ? ne voit-on pas des tumeurs de la dure-mère et du périoste offrir tous les caractères du carcinôme ? L'analogie vient donc encore ici combattre à l'appui de l'opinion que nous défendons, et qui seule, en saine pratique, doit servir de base aux déterminations du chirurgien.

Am. Forget.

NOTE SUR L'OPHTHALMIE CATARRHALE CHRONIQUE ET SUR SON TRAITEMENT.

S'il est un organe sujet à toutes les variétés, à toutes les nuances de l'inflammation, c'est assurément celui de la vue. Sa forme, ses fonctions, sa structure, son exquise sensibilité, ses rapports continuels avec la lumière, avec l'atmosphère et tous les corps extérieurs; bien plus

encore, l'influence sympathique des altérations intérieures de l'économie, influences en général si peu connues, et, disons-le, si peu étudiées dans la médecine oculaire, expliquent la fréquence de cette affection pour l'œil. Cependant de toutes les formes d'inflammation qui attaquent l'organe de la vision, l'ophthalmie *catarrhale* est la plus souvent observée dans nos climats froids, brumeux, inconstants, où les mouvements barométriques et thermométriques varient à chaque instant, et présentent même des différences de *minimum* et de *maximum* très-remarquables. Dans le cours de l'année, il faut s'attendre, à Paris, à huit mois d'une température incertaine, passant alternativement du froid sec au froid humide, sans compter les pluies, les courants d'air, venant presque toujours de l'ouest, et par conséquent chargés d'humidité, de brouillards plus ou moins épais et irritants; il est même des étés, comme celui de 1843, où la sérénité de l'air est chose rare et comme exceptionnelle. On voit combien les causes de cette ophthalmie sont multipliées, variables, incessantes dans leur action. Ajoutons qu'une foule d'individus restant dans leurs maisons, dans des ateliers, des boutiques, des bureaux, et par conséquent dans une atmosphère lourde, étouffée, quelquefois à un haut degré, s'exposent ensuite brusquement à l'action de l'air extérieur, non-seulement pendant le jour, mais le soir et la nuit; or, en faut-il davantage pour expliquer la fréquence de l'ophthalmie catarrhale dans notre climat, surtout pendant l'hiver et le printemps? Cette fréquence est telle dans certaines années, que la maladie dont il s'agit peut prendre un caractère épidémique. Les personnes d'un certain âge doivent se rappeler qu'au commencement de ce siècle l'ophthalmie catarrhale devint si commune à Paris, sous le nom de *cocotte*, que personne n'en fut exempt. Toutefois cette inflammation n'eut aucun caractère de gravité, au moins dans le plus grand nombre de cas.

Mon intention n'est pas d'exposer ici le tableau des symptômes de cette forme de l'inflammation oculaire; on en trouve la description dans les auteurs qui ont traité de l'ophthalmiatrie, quoique chez la plupart cette description soit beaucoup trop générale, et par conséquent incomplète. Je ferai remarquer néanmoins trois circonstances qui ne sont pas dénuées d'intérêt : la première, qu'il est bien rare que cette ophthalmie soit très-douloureuse; elle gêne plus souvent qu'elle n'occasionne de vives sensations; la seconde, est qu'elle n'entraîne que bien rarement d'aussi dangereux accidents que l'ophthalmie franche, élevée à cet état de phlogose qui s'irradie inévitablement, circonstance très-grave pour l'œil et qui compromet ses importantes fonctions; enfin, que cette ophthalmie diminue, s'aggrave, se calme, s'exaspère en très-peu de temps; ainsi, que la période de sa durée ne peut être calculée, même

approximativement, que d'une manière très-incertaine, tant les causes de cette maladie se lient aux influences cosmiques, à l'action souvent intime et inconnue des dispositions atmosphériques.

Mais si ce dernier caractère est particulier à l'ophthalmie catarrhale aiguë, que sera-ce de celle qui a passé à l'état *chronique?* Je ne sache pas qu'il y ait une maladie, sinon plus dangereuse, au moins plus opiniâtre, plus incommode, plus insaisissable dans sa thérapeutique que celle dont il s'agit. On la croit guéric, lorsque tout à coup les yeux deviennent rouges, sensibles, les paupières s'irritent, leurs bords libres se tuméfient légèrement, quelquefois même un gonflement œdémateux s'y manifeste. Bien qu'elles ne s'agglutinent pas toujours, comme dans l'état aigu, on observe constamment une disposition à une sécrétion abondante de cérumen ou chassie palpébrale. Un sentiment de pesanteur, de gêne, de fatigue, se fait sentir dans les yeux. La conjonctive est souvent tuméfiée, comme boursouflée, surtout dans les angles des yeux; des vaisseaux variqueux, gorgés de sang, rampent à la surface de cette membrane; quelquefois ils y forment une sorte de réseau. Toutefois la rougeur et la douleur sont tellement modérées, qu'il semble, comme on en a fait la remarque, que l'inflammation est moins dans les vaisseaux rouges de cette membrane que dans ses vaisseaux blancs. Mais le symptôme peut-être le plus désagréable de l'ophthalmie catarrhale chronique, est un larmoiement plus ou moins abondant, plus ou moins pur, de liquide épais, comme purulent, et cependant qui ne finit pas : les yeux sont toujours humides. Ces organes ne sont pas d'ailleurs, dans l'ophthalmie catarrhale chronique, très-sensibles à la lumière; bien plus, si on les expose à l'action d'un feu qui pourtant ne soit pas trop ardent, le malade éprouve du soulagement; ce qu'il est possible d'expliquer par la vaporisation de cet excès d'humidité qui couvre la surface de la conjonctive oculaire et palpébrale. Si on renverse la paupière inférieure, on trouve que le bord interne est rouge, plus ou moins irrité; au-dessous se trouve une zone pâle, blafarde, couverte de mucus plus ou moins épais. La caroncule lacrymale est souvent gonflée, notamment chez les sujets à type lymphatique prononcé. Si l'atmosphère est chaude et sèche, presque toujours il y a du mieux; le malade se croit d'autant mieux guéri, que sa vue lui semble plus ferme, plus étendue, ses yeux plus capables de supporter une application prolongée. Mais qu'il survienne de brusques changements atmosphériques, de la pluie, un peu de brouillard; qu'on se permette une promenade le soir, surtout dans un endroit humide; qu'on s'expose à un courant d'air frais, près d'une croisée, d'une porte, dans une voiture publique; qu'on applique ses yeux plus qu'à l'ordinaire dans un endroit chaud, éclairé, comme dans un salon,

un cabinet étroit, une salle de spectacle, etc., tout aussitôt l'ophthalmie reparaît à des degrés très-variés, sans cependant amener de graves accidents. Cette persistance de la maladie est quelquefois telle, surtout dans notre climat, en Angleterre, en Flandre, dans la Hollande, etc., que les malades finissent souvent par renoncer à l'espoir de guérir : ils se contentent de précautions hygiéniques qui ne sont pas toujours d'une efficacité bien marquée.

A dire vrai, les moyens que l'art possède sont à peu près insuffisants pour obtenir une guérison radicale et qui ne soit point illusoire. Atteint moi-même de cette affection, j'ai étudié, recherché, employé tous les moyens thérapeutiques les plus efficaces, et j'avoue n'avoir obtenu que des améliorations temporaires. J'ai consulté les auteurs ; mais à l'exception d'un très-petit nombre, parmi lesquels je compte l'ouvrage de M. Rognetta (*Cours d'ophthalmologie*, ou Traité complet des maladies de l'œil, 1839), livre essentiellement et judicieusement pratique, la plupart ne parlent pas de cette maladie, ou ce qu'ils en disent est tout à fait insuffisant. Comme à l'ordinaire, tous s'occupent des grandes maladies, mais négligent cette foule de petites affections, pourtant si incommodes, si nuisibles, qu'on observe chaque jour dans la pratique. Quelques lotions, un ou deux collyres, presque toujours avec les mêmes substances, le sulfate de zinc, le laudanum, l'extrait de saturne, etc., voilà ce qu'on trouve dans un grand nombre de traités et de formulaires. J'ai consulté l'expérience, ce grand livre seul digne du vrai praticien, et je n'ai pas tardé à voir que les guérisons de la maladie dont il s'agit étaient infiniment rares, si même il en existe de bien constatées. Une chose à remarquer, c'est que très-souvent l'emploi des moyens conseillés dans ce cas améliore l'état des yeux, mais voilà tout, et c'est là ce qui trompe. Cette amélioration ne tarde pas à disparaître sous l'influence d'une ou de plusieurs des causes précédemment exposées. Les pommades styptiques de Janin, de Desault, de Regent, etc., ont une efficacité fort douteuse ou du moins momentanée. Le nitrate d'argent lui-même, cette panacée universelle des inflammations de l'œil, ne m'a pas paru avoir plus de succès assurés, prolongés, que les autres médicaments. Employé à de petites doses, il n'agit que dans de faibles proportions, et dans un espace de temps assez limité. Quand les doses sont plus fortes, son action devient caustique et peut déterminer des accidents, notamment chez certaines personnes dont les yeux sont éminemment irritables. Je pourrais en citer plusieurs exemples ; je me contenterai de celui-ci. Un homme d'environ quarante ans vint me consulter pour une affection de ce genre ; je lui conseillai l'emploi de la solution de nitrate d'argent cristallisé par voie d'instilla-

tion, à la dose de 15 centigrammes par 32 grammes d'eau de roses distillée. Malgré ce moyen, la maladie reparaissait, et souvent sans cause appréciable. Ce malade eut alors recours, sans me prévenir, à une solution beaucoup plus forte; mais une inflammation très-vive survint presque aussitôt, suivie d'un écoulement mucoso-purulent très-abondant; un nuage resta longtemps sur la cornée. Ces accidents ne se dissipèrent qu'à la longue, et cependant le malade ne fut point guéri. Aussitôt que les brouillards ou les froids humides revenaient, l'ophthalmie catarrhale se manifestait de nouveau. Le crayon de nitrate d'argent, conseillé par plusieurs praticiens, ne m'a pas paru avoir dans ce cas plus de succès, et son application est très-douloureuse. Pour mon propre compte, j'ai employé la solution de nitrate d'argent à doses variées, et voici ce que j'ai observé. Il se fait d'abord une constriction assez vive des vaisseaux; l'œil lui-même semble se contracter, se resserrer; alors l'humidité excessive disparaît, mais elle n'est que suspendue. Les paupières deviennent pesantes; il y a de la fatigue dans les yeux, et cet état ne cesse que quand les larmes ont repris leur cours; on dirait un état habituel de l'organe qu'il est dangereux de faire cesser.

Les infusions ou décoctions de substances plus ou moins astringentes, comme la fleur de sureau, le thé, la rose de Provins, la noix de galle, etc., avec addition ou non d'extrait de saturne, employées en lotions plus ou moins répétées, sont encore les moyens qui m'ont paru avoir le plus d'efficacité, sans arriver à une guérison parfaite. J'ai souvent aussi fait usage pour moi-même et les malades qui me consultaient du collyre suivant :

PRENEZ : Sulfate de cuivre.	15	centigrammes.
Laudanum	12	gouttes.
Eau distillée de roses . . .	125	grammes.

A employer par instillations, qu'on doit suspendre aussitôt que l'œil s'irrite. Plusieurs malades en ont éprouvé de bons effets, mais non d'une manière décisive et permanente. Un des médicaments qui se sont le mieux soutenus dans leur action, au moins pour moi, est une forte décoction ou infusion de *ratanhia*, médicament si heureusement employé dans les cas d'hémorrhagies considérées comme *passives*, et de dyssenteries chroniques. Il est aisé d'expliquer cet effet par la quantité de tannin que contient cette plante, et son action astringente sur les muqueuses ordinairement relâchées, ramollies, après une inflammation plus ou moins vive. Toutefois, par des essais comparatifs, je me suis

assuré que la décoction d'écorce de chêne et de noix de galle, qui contiennent beaucoup de tannin, n'avaient pas le même succès que le ratanhia. J'en recherchai la cause, et je crois l'avoir trouvée : c'est que le tannin, dans cette plante, est uni à une certaine quantité de gomme et de fécule ; or, ce mélange aide probablement aux avantages qu'on retire de l'emploi du médicament dont il s'agit. Quelquefois pour en augmenter l'action, et s'il y a un écoulement de matière muco-purulente, je me suis bien trouvé d'y ajouter quelques gouttes d'extrait de saturne.

Il est encore une précaution très-importante dans le traitement de l'ophthalmie catarrhale aiguë ou chronique, c'est d'employer les topiques, les collyres, les lotions, à une température convenable ; c'est-à-dire tiède ou chaude, tout l'opposé de ce qui convient dans l'ophthalmie ordinaire franchement aiguë et inflammatoire. J'ai vu les meilleurs moyens employés contre l'ophthalmie catarrhale, échouer par l'oubli de de la précaution dont il s'agit, et que je recommande expressément.

En résumé, l'ophthalmie catarrhale chronique est fréquente dans nos climats, et sa guérison est d'autant plus difficile que sa durée a été plus longue. La soustraction, autant que possible, des causes qui la produisent, l'emploi du collyre précédent, les lotions avec la décoction ou une forte infusion de ratanhia, avec ou sans addition d'extrait de saturne, à une température douce et tiède, sont les moyens qui m'ont paru jusqu'à ce jour avoir le plus de succès quand la guérison est possible.

Reveillé-Parise.

De l'accouchement prématuré artificiel ; de ses indications, et des procédés opératoires qu'on doit préférer pour le pratiquer.

On donne le nom d'accouchement prématuré artificiel à la provocation de l'accouchement avant le terme ordinaire de la grossesse, mais à une époque où le fœtus est déjà viable et où ses dimensions lui permettent de franchir un bassin rétréci jusqu'à un certain point, sans perdre la vie. L'avortement provoqué consiste à faire périr un fœtus dans le sein de sa mère, ou à l'en chasser par un moyen quelconque avant le temps où la nature lui aurait permis de vivre d'une vie indépendante. « Dans l'avortement, dit M. Velpeau, on se propose de détruire l'œuf pour conserver la mère, tandis que dans l'accouchement prématuré on cherche à obtenir le fœtus vivant sans compromettre la vie de la femme. »

Le but avoué et presque toujours atteint de la parturition avant terme est donc de chercher à sauver l'enfant et de soustraire la mère à des maux incalculables. Quant à ceux qui prétendent, par un esprit de sévérité sans excuse, que personne n'a le droit de forcer, contre le vœu de la nature, l'expulsion du fruit de la conception avant qu'il ait acquis sa maturité complète, ils renouvellent la proscription lancée contre l'inoculation et la vaccine. Avec ce système prohibitif, il faudrait considérer la maladie comme un effort salutaire, et s'en rapporter exclusivement à la nature médicatrice. Ceux qui raisonnent ainsi, ou n'ont pas suffisamment réfléchi, ou s'appuient sur des arguments qui ne peuvent soutenir un examen sérieux. Il est bien certain, en effet, que si la femme n'avait aucune difformité, qu'elle fût constituée normalement, et qu'un accoucheur voulût, sans prétexte, devancer le terme naturel de la grossesse, il ne serait approuvé par personne. Mais si la nature, au lieu d'avoir établi cette régularité qui est le cachet de ses œuvres, s'est écartée de la voie ordinaire ; si, au lieu de donner au canal que le fœtus doit traverser, les dimensions convenables pour qu'il puisse le faire sans danger, ce conduit est rétréci et ne peut livrer passage à un enfant vivant à terme, le médecin ne serait-il pas coupable et ne méconnaîtrait-il pas le plus sacré des devoirs, s'il ne cherchait pas à suppléer à ses imperfections ? Ce n'est donc point blesser la religion ou les mœurs que de tenter une opération qui, dans des cas autrefois désespérés, atteint le double but de l'enfantement. Ce n'est donc point une manœuvre coupable que celle qui sauve ainsi deux êtres compromis par une sorte d'imprévoyance de la nature ; et confondre de près ou de loin l'accouchement prématuré avec l'avortement, c'est méconnaître les règles les plus simples de l'analogie et éveiller des susceptibilités inutiles.

La provocation de l'accouchement a été conseillée dans plusieurs circonstances, et en particulier dans les vices de conformation du bassin et dans les maladies graves de la mère. Je vais rappeler les indications qui réclament cette opération dans ces deux cas.

I. *De la provocation de l'accouchement prématuré lorsque le bassin est déformé.* — Le bassin peut être rétréci, 1° par arrêt de développement ; 2° par vice de conformation ; 3° par obstruction. Dans la première espèce, l'étroitesse est congénitale et consiste dans la diminution de tous les diamètres. Dans la deuxième, l'étroitesse est toujours relative, mais il importe de savoir si elle est due au rachitisme ou à l'ostéomalacie. La déformation par rachitisme une fois produite reste stationnaire, tandis que dans le second cas elle augmente sous l'influence de la cause incessante qui lui a donné naissance.

Les rétrécissements par obstruction, dit M. P. Dubois, sont formés par des tumeurs qui peuvent appartenir à la charpente osseuse du bassin, à la portion des organes digestifs ou urinaires qui sont renfermés dans le bassin, ou au tissu cellulaire du canal lui-même. D'autres fois, l'obstacle vient de calculs vésicaux, de tumeurs fibreuses ou de kystes développés dans la cloison vésico, uréthro ou recto-vaginale. Il n'est pas rare non plus de voir le bassin rétréci par des tumeurs appartenant aux organes générateurs, comme des polypes ou des excroissances carcinomateuses. On a vu aussi quelquefois les ovaires obstruer le détroit supérieur par leur développement.

A. Les bassins rétrécis par arrêt de développement, et surtout ceux qui le sont par rachitisme, sont sans contredit les plus fréquents parmi ceux qui sont viciés. Dans ceux de la première catégorie, l'examen ne présente rien de particulier, et la provocation de l'accouchement se trouvera indiquée toutes les fois que la diminution de sa capacité ne dépassera pas certaines limites que je donnerai plus loin.

Dans les bassins rachitiques, la déformation a presque toujours lieu dans la partie supérieure, et principalement dans le sens du diamètre sacro-pubien. Lorsqu'on examine un bassin de ce genre, il ne faut pas, comme on le fait trop généralement, se borner à reconnaître l'étendue de l'espace qui s'étend de l'angle sacro-vertébral à la symphyse du pubis, parce qu'on peut avoir affaire à un de ces bassins signalés par le professeur Naegelé, dans lesquels l'ampleur d'un côté supplée au rétrécissement de l'autre.

Dans les premiers cas, il y a une circonstance qui contribue puissamment au succès de l'accouchement avant terme ; c'est que, comme le dit M. Stoltz, la nature, dans ces cas d'étroitesse, dispose le plus souvent la tête d'une manière favorable en mettant son petit diamètre en rapport avec le plus court du bassin. Aussi, pour savoir à quelle époque de la grossesse il faut provoquer l'accouchement, doit-on calculer exactement le rapport entre le diamètre bi-pariétal du fœtus et le sacro-pubien de la mère.

Ce n'est point ici le lieu de discuter ce qu'il convient de faire dans les différents degrés d'étroitesse de la cavité pelvienne. Dans ces cas épineux et difficiles, on doit avoir présents à la mémoire les préceptes donnés par M. P. Dubois. Je ne dois mentionner ici que les limites entre lesquelles on peut atteindre le but qu'il faut toujours se proposer dans la parturition avant terme, et qui est de sauver à la fois la mère et l'enfant.

Les accoucheurs étrangers ne sont pas d'accord sur ces limites. Froriep et Carus n'en donnent point ; ils se contentent de dire qu'il

faut devancer le terme de la parturition toutes les fois que l'expérience a démontré que le bassin est assez étroit pour ne point être traversé par un fœtus vivant. Ritgen veut qu'on y ait recours de 3 pouces à 3 pouces 1/2 ; les Anglais commencent à 2 pouces 1/2. Dans le premier cas, on empiète sur le domaine du forceps ; dans le second, sur celui de l'opération césarienne. De là aussi les succès constants des uns et les revers des autres. En France, où la question a été soumise à un examen sévère, on fixe, avec M. Stoltz, le *minimum* à 2 pouces 3/4 ; le *maximum* à 3 pouces 1/4. Ce professeur distingué recommande de provoquer dans le rétrécissement le plus considérable les contractions de la matrice à la fin du septième mois, et au milieu du neuvième dans le moins considérable.

B. Quand la déformation du bassin a été produite par une ostéomalacie, il est impossible de poser une indication quelconque, car la cause perturbatrice est incessante ; et vouloir déterminer d'avance la conduite à tenir, serait s'exposer à de cruels mécomptes. En général, le bassin est tellement défiguré, par suite du ramollissement de sa totalité, que l'espace qu'il présente est rarement suffisant pour permettre la sortie de l'enfant même avant l'époque de la viabilité ; aussi l'opération césarienne est à peu près la seule ressource que nous ayons dans ces cas. Et ce qu'il y a de singulier, c'est que le ramollissement, cause première de la déformation, peut persister et permettre d'élargir de nouveau la cavité pelvienne. J'emprunte à M. Stoltz quelques-uns des cas qu'il a recueillis sur ce phénomène remarquable. — Noury vit l'accouchement se terminer *spontanément et à terme* par la dilatation du bassin dans un cas où l'opération césarienne avait été jugée nécessaire, et allait être pratiquée. — James Barlow délivra, au moyen de la version, au commencement du huitième mois de la grossesse, une femme dont le bassin était tellement étroit par suite d'ostéomalacie, que l'on pouvait à peine faire passer un doigt entre les ischions ; en introduisant la main les os s'écartèrent. — Ritgen, se fiant à cette dilatabilité, a provoqué l'accouchement prématuré dans un cas où les tubérosités sciatiques se touchaient. Il fit la ponction de l'œuf au milieu du huitième mois, et donna 25 centigrammes de seigle ergoté tous les cinq quarts d'heure. Douze heures après l'opération, la tête du fœtus s'engagea dans le bassin. A chaque contraction, les ischions s'écartaient l'un de l'autre. Bientôt la tête fut visible à la vulve ; enfin elle franchit le détroit inférieur seize heures après l'écoulement des eaux. Les épaules rencontrèrent encore de la résistance, mais on parvint facilement à la vaincre. La mère se rétablit, mais l'enfant expira une heure après sa naissance.

Quoique le succès ait justifié la hardiesse du chirurgien dans ces cas

difficiles, il faut se garder d'en tirer une conclusion trop absolue. On doit comprendre sans peine que cette dilatabilité n'existant pas toujours, et que le degré d'écartement qu'elle peut donner lorsqu'elle existe étant impossible à déterminer d'avance, l'accouchement prématuré ne saurait être indiqué. Il ne faudrait pas non plus s'abuser sur la facilité avec laquelle les doigts, introduits dans le vagin, pourraient éloigner les deux ischions l'un de l'autre, parce qu'on ignorera si la tête pourra se frayer une issue à travers le détroit supérieur.

C. On doit presque invoquer la même réserve lorsqu'il y a obstruction du pelvis par des tumeurs. Tout ce qu'on peut dire, c'est que si ces tumeurs sont fixes et résistantes, le rétrécissement qu'elles produisent peut être assimilé, suivant son degré, à celui qui est le résultat de la déformation des os, et dès lors les indications thérapeutiques sont les mêmes. Quand les tumeurs qui diminuent la capacité du bassin sont mobiles et n'appartiennent pas au tissu osseux, mais aux parties environnantes, il est impossible de déterminer à l'avance ce qu'on peut attendre de la provocation de l'accouchement prématuré. M. Ashwell, qui a préconisé cette opération dans ces cas, se contente de dire que c'est une ressource précieuse dans beaucoup de circonstances, que du reste il n'indique ni ne précise. Je ne saurais être plus explicite que le praticien de Londres.

II. ***De la provocation de l'accouchement prématuré dans les cas de maladies graves de la femme.*** — « Il n'est pas facile, dit M. Dezeimeris, de se prononcer sur la question de savoir si les maladies qui mettent dans le danger de mort le plus imminent une femme enceinte de sept à huit mois, ne fournissent pas une indication formelle de provoquer l'accouchement. En attendant que l'expérience ait répondu, on ne doit point oublier les exemples d'accouchements précoces spontanés, qu'on a vus plus d'une fois rappeler en quelque sorte à la vie et la mère et l'enfant, dont on attendait le dernier soupir. » Si, dans ce cas, l'avertissement de la nature n'a pas rencontré parmi les praticiens la même confiance que dans les vices de conformation du bassin, cela tient à ce qu'on ne peut pas déterminer, comme dans cette dernière circonstance, les limites dans lesquelles l'imitation est possible. En effet, dans la mauvaise conformation du pelvis, que la difformité soit primitive ou accidentelle, s'il y a des difficultés, elles ne sont pas insurmontables. Mais dans les maladies graves, l'indication n'a plus ce caractère de précision; elle est indécise, réclame un tact exercé, et réside presque tout entière dans le génie de l'accoucheur. L'irrésolution, si naturelle en de telles circonstances, explique en grande partie pourquoi la plupart des médecins n'ont jamais osé user de cette ressource

extrême, et pourquoi quelques-uns ont qualifié de téméraire la conduite de Lovati, de Duclos, de Siebold. D'autres justifient leur confiance illimitée dans la nature, par les ressources illimitées aussi qu'ils lui ont vu déployer en pareille occurrence.

Depuis longtemps on avait entrevu la nécessité d'intervenir, dans certains cas, avant la fin de la grossesse, lorsque la mère et son fruit sont en péril. C'est ainsi que Louise Bourgeois, dans ses *Observations diverses*, conseille, lorsqu'il y a hémorrhagie, de délivrer *forcément*. C'était aussi pour remédier à cet accident que Puzos modifia le procédé de cette sage-femme. La même pratique a été recommandée et mise en usage par des accoucheurs d'un grand mérite dans les cas d'éclampsie. Il est inutile d'établir ici la différence qui existe entre l'accouchement *forcé* et l'accouchement *prématuré*. Je veux seulement constater l'utilité déjà reconnue par les anciens, et la nécessité de débarrasser l'utérus dans quelques accidents graves.

Suivant Reisinger, c'est Haighton, de Londres, qui a eu la première idée de provoquer l'accouchement dans les cas de maladie pendant la grossesse. Merriman en fait honneur à un chirurgien qu'il ne nomme pas, et qui l'aurait provoqué chez une malade affectée de vomissements si opiniâtres qu'elle faillit périr; le succès fut complet. Conquest conseille l'opération dans le même cas, et croit que c'est aussi une précieuse ressource dans l'affaiblissement extrême qui accompagne quelquefois les derniers temps de la grossesse. Merriman croit, au contraire, qu'une maladie dangereuse est une contre-indication de l'opération. Il aurait raison, si elle devenait plus grave encore par le fait même de la parturition; mais il y a des cas, dit Ingleby, où la grossesse est un obstacle à la guérison.

En Allemagne, on a depuis longtemps recours à la provocation de l'accouchement dans les cas de maladie; mais on n'osa pas tout d'abord s'en flatter, comme le fait entendre Weidmann, dans son ouvrage *de Forcipe obstetricio*. Je tiens du professeur Naegelé, que Mai, qui n'avait jamais provoqué d'accouchement dans les déformations pelviennes, avait obtenu un beau succès chez une femme atteinte d'un anévrysme de l'aorte arrivé à sa dernière période. Klesch disait, en 1824, qu'il faut recourir à l'accouchement prématuré : 1° dans les cas où la vie de la mère serait en danger par suite d'une maladie grave; 2° dans les maladies qui seraient produites ou aggravées par la grossesse; 3° dans celles qui nécessitent un traitement très-énergique nuisible au fœtus.

En Italie, Th. Lovati a eu un brillant succès qui est devenu célèbre, et qui a été diversement interprété. Je crois devoir le rappeler ici.

Obs. I. Une jeune fille de dix-sept ans, nerveuse et d'une constitution faible, eut une grossesse extrêmement pénible; des vomissements continuels et des convulsions très-souvent répétées, que rien ne put arrêter, firent craindre, vers le septième mois, que la jeune mère ne pût atteindre la fin de la gestation. Les congestions cérébrales renouvelées à chaque accès inspiraient les plus vives inquiétudes; les saignées n'étaient plus possibles à cause de la faiblesse extrême de la malade, et les anti-spasmodiques restaient sans effet. Cependant, au milieu des orages du système nerveux, l'utérus était resté calme, et aucune douleur ne s'y faisait sentir. Il fut décidé, nonobstant, qu'on provoquerait l'accouchement. Le 13 novembre 1830, il fut pratiqué à la clinique de Pavie, au moyen de la ponction, qui évacua en totalité les eaux de l'amnios. Trente heures après, un travail régulier s'établit, troublé seulement par quelques faibles manifestations éclamptiques, et la malade mit heureusement au monde un enfant de huit mois. Avec la parturition, s'évanouirent, comme par enchantement, les convulsions générales et celles de l'estomac, si anciennes et si opiniâtres. L'accouchée sortit de la clinique complétement guérie.

En France, Fodéré appela le premier l'attention sur ce point. Selon lui, la pratique de l'accouchement provoqué doit s'étendre à tous les cas où on a des raisons de craindre pour la mère et pour l'enfant en attendant le terme fixé par la nature. Et il indique, outre l'hémorrhagie utérine, contre laquelle la nécessité d'intervenir n'est plus une question: 1° toutes les hémorrhagies nasales, pulmonaires, qui n'ont cédé à aucun moyen; 2° les altérations des gros vaisseaux. 3° Il veut aussi qu'on intervienne lorsque la femme est éminemment frêle et nerveuse, qu'elle vomit sans cesse tous ses aliments, et que les progrès du dépérissement font appréhender une catastrophe.

En 1827, à propos d'une femme menacée de suffocation, et qui dut son salut à une délivrance prématurée, M. Costa demanda à l'Académie de médecine si on ne pourrait pas, dans des accidents semblables, mettre à profit ce salutaire avis de la nature. On sait comment fut accueillie cette judicieuse proposition. En 1835, M. Velpeau s'occupa de cette question délicate. Suivant lui, il devrait en être de même de toutes les maladies qui, vers les derniers temps de la grossesse, peuvent avoir une issue funeste, comme des accidents graves qui surviennent avant ou pendant le travail: « S'il est admis, dit-il, qu'on doit aider la femme dans le second cas, je ne vois pas pourquoi on la laisserait sans secours dans le premier. Avec l'accouchement prématuré, l'enfant peut vivre; si la mère meurt avant le terme, son fruit périra en même temps, presque dans tous les cas. » Nous citons avec d'autant plus de plaisir ces

paroles, qu'elles font regretter que leur auteur n'ait pas donné plus de développements à une question qu'il avait si bien comprise. C'est pour combler cette lacune, qui se trouve dans le livre le plus complet que nous possédions sur l'art des accouchements, qu'en 1836 un élève de la Faculté de Strasbourg, dans une thèse remarquable et digne de l'école célèbre à laquelle elle appartient, se proposa d'examiner s'il existe d'autres cas que les rétrécissements du bassin, qui puissent autoriser l'accoucheur à provoquer la parturition avant le terme naturel de la grossesse. D'après M. Ferniot, les accidents qui, outre les bassins viciés, peuvent nécessiter la provocation de l'accouchement, sont de trois sortes :

1° Les phénomènes de la grossesse peuvent, en s'exagérant, se transformer en véritables maladies. Ces phénomènes sont les uns locaux, les autres généraux ou sympathiques. Les premiers passent le plus souvent sans orages ; mais les seconds peuvent, par leur persistance, acquérir un caractère de gravité qui pourra rendre très-fâcheux le pronostic. Alors, que fera l'accoucheur, si les moyens les plus rationnels ne sont que palliatifs? L'effet subsiste sous l'influence incessante de la grossesse, et la seule ressource qui reste à la disposition de l'homme de l'art n'est-elle pas l'expulsion prématurée de l'œuf? A quoi tiennent, si ce n'est à la gestation elle-même, le vomissement, la dyspnée, la toux, la défaillance, les syncopes, qui redoublent souvent d'énergie à mesure que la femme approche de son terme?

2° Outre ces phénomènes exagérés de la gestation, il y a des affections incurrentes qui ont leur source dans l'état où la malade se trouve. Les deux plus terribles sont l'hémorrhagie et l'éclampsie. Dans ces deux cas, presque tous les médecins veulent qu'on vide la matrice, et conseillent, pour arriver à ce but, de faire l'accouchement forcé. Il est facile de substituer à cette opération, quelquefois dangereuse, l'accouchement prématuré, sauf à dilater forcément le col de la matrice, si les circonstances l'exigeaient.

3° Dans la troisième section, M. Ferniot range certaines maladies aiguës ou chroniques antérieures à la grossesse, ou se développant pendant sa durée.

L'influence réciproque des maladies sur la grossesse et de celle-ci sur les maladies n'a été niée par personne. *Puer vivit de matre in utero, et quali mater sanitate prædita est, talem etiam puer habet.* (Hippocrate.) Les optimistes ont peut-être été trop exclusifs. Sans doute il serait absurde de nier que non-seulement des lésions d'organes importants n'ont pas exercé d'influence fâcheuse sur la grossesse, et que celle-ci a apporté, pour ainsi dire, un temps d'arrêt dans leur marche ;

mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que cette activité de tous les systèmes ne peut que hâter le travail destructeur fixé sur un point de l'organisme. N'est-ce pas en vertu de ce surcroît d'énergie qu'on voit ces maladies faire des progrès rapides après la parturition, et entraîner bientôt la mort des malheureuses qui en sont frappées? J'ai entendu souvent M. Stoltz attirer l'attention sur ce fait d'observation : que les femmes qui succombent pendant la grossesse aux progrès d'un état pathologique grave, accouchent avant de mourir d'enfants morts. « Il est évident, dit-il, que l'expulsion du produit doit alors être considérée comme un effort tardif de la nature, qui devient sans doute plus nuisible qu'utile, en exigeant un développement de forces qui épuise les malades ; tandis que si la déplétion de la matrice était arrivée plus tôt, elle aurait fait l'effet d'une crise salutaire, diminué l'excitation générale, le trouble de l'économie, et facilité la résolution du mal. »

Quel que soit le point de vue auquel on se place pour déterminer les circonstances dans lesquelles l'accoucheur doit intervenir lorsque la femme est affectée d'une maladie grave, la question est toujours aussi complexe, aussi obscure, et les raisonnements qu'on invoque sont tantôt justifiés, tantôt démentis par la pratique. Aussi, sans insister davantage sur les idées théoriques que l'on peut produire à l'appui de l'accouchement prématuré dans ce cas, je crois plus convenable de citer un certain nombre de faits importants qui serviront au praticien de preuves et d'exemples.

Obs. II. Simmons, de Londres, rapporte l'histoire d'une dame qui, par suite de plusieurs incommodités et de l'impossibilité de se nourrir, aurait été infailliblement exposée à périr, lorsque, après avoir employé tous les moyens pour la soulager, il se décida à provoquer un travail prématuré au septième mois de la grossesse. Le 24 mars 1813, vers huit heures du soir, il rompit les membranes, et vingt-deux heures après, la femme commença à être en travail. Le même soir, à dix heures, elle accoucha d'un enfant qui vécut. Avec sa délivrance, tous les symptômes qui l'avaient fatiguée durant sa grossesse diminuèrent graduellement. (Fodéré, *Dict. des sc. méd.*, t. XLIV.)

Obs. III. Une femme enceinte, dit Schneider, de Fuldi, vomit, pendant trente semaines de grossesse, tout ce qu'elle ingérait dans l'estomac. Les moyens les mieux indiqués échouèrent. L'accouchement prématuré provoqué lui sauva la vie ainsi qu'à son enfant. (*Neue Zeitschrift.*, t. IV.)

Obs. IV. Merriman cite l'observation suivante, tout en doutant de la nécessité de l'opération dans ce cas : Une femme enceinte de sept mois était affectée d'une toux très-incommode, et son estomac était

tellement irritable qu'il ne supportait pas même de l'opium en substance. Les absorbants, les stomachiques, les amers, les aromatiques, n'avaient pu la soulager d'aucune manière. Comme l'état de la malade empirait chaque jour et menaçait de se terminer fatalement, on provoqua, comme dernière ressource, l'accouchement prématuré. La grossesse était parvenue au milieu du huitième mois; la patiente accoucha d'un enfant vivant et ne tarda pas elle-même à se rétablir. (*Cases of premature labor, Medico-chirurgical transactions.*)

Obs. V. Duclos, de Toulouse, a communiqué à la Société de la Faculté de médecine de Paris une observation intéressante d'une ***hydropisie aiguë de l'amnios*** (pour me servir de la définition de Mercier de Rochefort), qui nécessita la provocation de l'accouchement prématuré. Une jeune dame, qui avait eu quatre couches très-heureuses, devint en proie, à sa cinquième grossesse, à de graves incommodités. Vers le milieu du septième mois, elle fut prise d'une toux très-fréquente, à laquelle se joignit bientôt de la fièvre. Les extrémités inférieures s'infiltrèrent; en moins de huit jours, le ventre devint dur, tendu, douloureux et très-volumineux. La gêne de la respiration ne permit pas à la malade de garder la position horizontale. Il y avait en même temps des vomissements continuels et des défaillances. Lorsque Duclos fut appelé, l'état de la malade était encore plus alarmant : la figure était abattue et grippée, la respiration très-courte et précipitée, et lorsqu'elle changeait de position elle était suffoquée. La matrice énormément distendue était très-élevée, et semblait occuper toute la cavité du ventre. Plusieurs médecins, réunis en consultation, s'accordèrent à dire que le seul parti qui offrît à la malade quelques chances de salut, était la provocation de l'accouchement. Le lendemain, il survint une défaillance qui fit craindre pour ses jours. Lorsqu'elle fut un peu remise, Duclos l'examina; il parvint à introduire l'extrémité de l'indicateur dans l'orifice utérin, perça les membranes et fit évacuer les eaux en quatre reprises. Bientôt la respiration devint libre; le vomissement, les palpitations de cœur, la toux, ne revinrent plus. Après cinq heures de repos, comme la matrice restait inactive, on se décida à hâter le travail. La main introduite dans la matrice rencontra la tête de l'enfant; l'opérateur la saisit et l'amena peu à peu dans l'excavation pelvienne. En continuant ses efforts, il la fit avancer insensiblement, et au bout de peu de temps fut expulsé un enfant du sexe féminin, très-petit et faible, mais vivant. Les couches de la mère furent naturelles; au bout de six semaines elle était très-bien rétablie. (***Bulletins de la Faculté de médecine de Paris***, t. VI.)

Obs. VI (tirée de la pratique de Siebold). La femme d'un tisserand,

âgée de trente-trois ans, enceinte pour la dixième fois, fut reçue, à la fin du huitième mois de sa grossesse, à la clinique d'accouchement de Berlin, dans un état d'extrême prostration, et affectée d'un hydrothorax qu'avaient amené l'œdème des extrémités inférieures, ainsi qu'une ascite consécutive. La dyspnée était très-grande; la station assise était seule possible : fièvre continue. Pendant la nuit, la suffocation devenait souvent imminente; alors la malade se soulageait en penchant le tronc en avant. A cela s'était jointe une toux opiniâtre, avec expectoration de matières muqueuses, striées de sang. On avait employé un grand nombre de médicaments sans le moindre succès. On fit la ponction de l'œuf. Dès qu'une certaine quantité d'eau se fut écoulée, il y eut un soulagement marqué. On abandonna le reste à la nature, et dès le lendemain, des contractions se déclarèrent; le travail fut normal et facile; l'enfant naquit vingt-deux heures après l'opération; il était vivant, et quitta la clinique trois mois après sa naissance. Les efforts du travail de l'accouchement n'avaient pas augmenté les difficultés de la respiration; au contraire, elles diminuèrent à mesure que l'enfant avançait; l'accouchée put dormir tranquillement, et dans une position inclinée, dès la première nuit. Au bout de quelques jours, elle fut transférée à la clinique interne, où elle mourut hydropique. (*Journal für Geburtshülfe : herausgegeben von A. E. von Siebold.*)

Ces faits ne sont pas les seuls qui existent dans les annales de la science; je me suis contenté de rapporter les plus concluants. Mais ce qui prouve bien la part que le médecin doit prendre dans ces cas embarrassants, c'est que la nature, comme je l'ai déjà dit, lui enseigne souvent, par ses propres efforts, la conduite qu'il doit tenir dans les cas où elle ne se montre pas aussi efficace. Ici, les faits sont encore très-nombreux, mais je veux être sobre, et je me contenterai d'en choisir deux entre tous.

Obs. VII. En 1836, M. Stoltz a donné des soins à une dame qui fut dans un état très-alarmant pendant plusieurs semaines, par la distension énorme de la matrice renfermant des jumeaux. Vomissements, dyspnée, palpitations de cœur, auxquels se joignirent des lipothymies effrayantes, tels étaient les symptômes. Après une défaillance, les eaux de l'amnios s'écoulèrent tout à coup, et les accidents se dissipèrent à mesure que le travail avança. (Ferniot, thèse; Strasbourg, 1836.)

Obs. VIII. Une femme, déjà accouchée sept fois, avait eu, dans toutes ses grossesses, un goître qui devenait, vers la fin de la gestation, d'un volume énorme, et occasionnait de grandes difficultés de respiration et des accès de suffocation. On fut chaque fois obligé de la saigner

à différentes reprises, mais cette médication l'affaiblissait au point qu'elle était obligée de garder le lit tout le neuvième mois. Enceinte de son huitième enfant, on se conduisit comme dans les autres grossesses; la difficulté de respirer devint plus grande que jamais. Au commencement, on saigna toutes les trois semaines, puis tous les quinze jours, enfin tous les cinq ou six jours. Sans cette précaution, la face devenait violette, et une attaque d'apoplexie devenait imminente. Par suite de ce traitement, la malade devint tellement infiltrée, qu'on ne pouvait plus trouver de veines. Vers le commencement du neuvième mois, d'Outrepont fut appelé en consultation, et proposa de provoquer l'accouchement : on s'y refusa. Le lendemain, l'état de la malade s'aggrava considérablement; mais au milieu des angoisses, les douleurs de l'enfantement se déclarèrent, et elle fut délivrée; l'enfant était vivant. (*Gemeinsame deustche Zeischrift für Geburtskunde*, B. 2; 1828.)

On croira peut-être que, généralisant les données de l'histoire et de l'expérience, je vais prétendre que, dans tous les cas de maladies graves, il faille de suite recourir à la provocation de l'accouchement. Loin de moi cette pensée! car de même qu'en médecine bien des indications font varier l'emploi du médicament, de même dans la question difficile que je viens d'étudier, la nécessité de l'accouchement prématuré est soumise à des circonstances que le tact médical peut seul apprécier. Aussi, au lieu de regarder cette opération comme le spécifique des grossesses laborieuses, ne doit-on y voir, comme je l'ai entendu plus d'une fois dire à la clinique de Strasbourg, qu'un ***remède extrême*** qui ne doit être mis en usage que lorsqu'il n'y a pas d'autres moyens de sauver la mère, ou si l'enfant est en danger de succomber.

On a aussi consillé de provoquer l'accouchement dans le cas de mort du fœtus. De nos jours, et en France surtout, on ne croit plus aux prétendus accidents que Mai et Fodéré attribuaient au séjour de l'enfant privé de vie. On attend, parce qu'on sait que la mère ne court aucun danger, et que la nature se débarrasse elle-même du fœtus mort sans que l'art intervienne.

Dans le prochain numéro, nous nous occuperons des divers procédés opératoires qui ont été mis en usage pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, et nous dirons ceux qu'on doit préférer dans l'état actuel de la science.

A. Lacour, D. M.,
Ancien interne de la Maternité de Lyon.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LA PRÉPARATION DU VIN CHALYBÉ, par M. SOUBEIRAN.

Depuis quelques années, la révolution qui s'est opérée de plus en plus dans la thérapeutique a appelé l'attention des praticiens sur le petit nombre de médicaments vraiment héroïques dont l'art de guérir peut disposer, et, à ce titre, le fer a dû nécessairement être un des principaux agents étudiés par les praticiens. Aussi avons-nous vu successivement proposer une foule de nouvelles préparations ferrugineuses; mais, il faut en convenir, nos devanciers nous avaient laissé peu de chose de réellement utile à faire dans cette voie, car avec quelques-unes des préparations qu'ils employaient, on peut facilement se passer de celles que notre époque a vu préconiser. Parmi ces préparations qui nous ont été léguées par les pharmacologues des temps passés, le vin chalybé doit être placé en première ligne, du moins pour nous, qui n'avons point arboré la bannière de l'école contro-stimuliste italienne. Mais pour en obtenir tout l'effet attendu, il est indispensable qu'il soit préparé convenablement. Voici ce que dit à cet égard M. Soubeiran, dans le Journal de pharmacie et de chimie.

En faisant réagir du vin blanc sur la limaille de fer, la quantité de ce métal qui entre en dissolution se trouve en rapport avec la proportion des principes acides du vin, et, par cela même, essentiellement variable. D'un autre côté, si l'on suit la formule donnée par Parmentier et adoptée par plusieurs Formulaires, et qui consiste à ajouter au vin blanc de la teinture de mars tartarisée, la composition du vin chalybé est plus variable encore, puisque la teinture de mars ne contient jamais des quantités de fer constantes. En outre, on a un médicament qui ne ressemble pas, par sa composition, à celui que fournit l'action directe du vin sur le métal.

En se servant de la formule suivante, on évite cet inconvénient, en même temps que l'on conserve le premier avantage de pouvoir préparer le vin chalybé au moment même du besoin, et en aussi petite quantité que l'on veut.

PRENEZ :	Tartrate de protoxyde de fer.	1 gramme.
	Acide tartrique	1 gramme.
	Vin blanc.	1,000 grammes.

On triture le tartrate et l'acide tartrique dans un mortier de porcelaine

ou de verre ; on ajoute le vin blanc, puis on filtre s'il est nécessaire.

M. Béral a conseillé, pour éviter la coloration du vin par le fer, d'agiter d'abord le vin avec un peu de peroxyde de fer hydraté, de filtrer, puis de laisser réagir le vin filtré sur la limaille. L'effet indiqué par M. Béral est réel ; mais, en opérant avec du vin blanc de Bordeaux, la différence dans la coloration du vin, soit qu'on fasse usage ou non de l'oxyde de fer comme décolorant, est assez peu sensible pour qu'on puisse la négliger.

La préparation du tartrate de protoxyde de fer est très-simple ; elle consiste à décomposer un équivalent de protosulfate de fer par un équivalent de tartrate de potasse neutre, à laver promptement le précipité avec de l'eau bouillie, à le recevoir sur une toile, à l'exprimer fortement, et à le faire sécher au bain-marie.

—Nous avons comparé des échantillons de vin chalybé pris dans plusieurs officines de la capitale, et nous avons presque toujours observé de notables différences entre eux, bien qu'ils eussent été les uns et les autres préparés avec soin et par des pharmaciens instruits et consciencieux. C'est donc rendre un vrai service à la médecine pratique que de faire disparaître cette imperfection dans un médicament aussi important que l'est le vin chalybé, et nous croyons que ce but sera atteint pleinement si l'on adopte la proposition formulée par le savant directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris.

SUR DEUX FORMULES DU VÉSICATOIRE PERPÉTUEL DE JANIN.

Un pharmacien de Gisors, M. Lepage, a publié dans le Journal de Chimie médicale la formule du vésicatoire perpétuel de Janin, qui ne se trouve pas dans divers Formulaires pharmaceutiques, ni même dans le *Codex* (où l'on est loin de rencontrer tout ce qui est absolument nécessaire pour la pratique de la pharmacie, en fait de formules du moins). Voici deux compositions différentes qui figurent sous le nom de vésicatoire de Janin.

Première formule.

Prenez : Cantharides pulvérisées. . . 60 grammes.
Euphorbe pulvérisé. . . . . 30 gram.
Incorporer à chaud dans
Térébenthine . . . . 360 gram.
Ajouter ensuite
Mastic pulvérisé . . . . . . 360 gram.
Mêler exactement et remuer jusqu'à refroidissement.

Deuxième formule.

Prenez : Mastic	90	grammes.
Térébenthine	90	gram.
Cire	30	gram.
Faire liquéfier et ajouter		
Cantharides en poudre fine.	37	gram.
Euphorbe pulvérisé.	15	gram.

Mêler exactement.

—Répondre à la demande d'une formule en en indiquant deux, c'est sans contredit se montrer doublement généreux; malheureusement le cas dont il s'agit n'est pas de ceux où l'on peut dire qu'abondance de biens ne nuit pas. Ainsi, en comparant les deux formules qui précèdent, il est facile de voir que, bien qu'analogues, presque identiques même par la nature des substances qui les composent, elles diffèrent grandement par les proportions relatives de celles de ces substances qui en constituent la base. Dans la première, par exemple, la somme des cantharides est à celle de la masse totale comme 1 est à 13,50, et celle de l'euphorbe comme 1 est à 27; tandis que, dans la seconde, les cantharides sont à la masse comme 1 est à 7,08, et l'euphorbe comme 1 est à 47,46. La seconde formule donne donc un produit beaucoup plus actif que l'autre, et, par conséquent, il eût été convenable de spécifier celle que le pharmacien doit préférer pour préparer le vésicatoire de Janin, lorsque ce médicament lui est demandé : sans cela, il n'y a plus qu'incertitude pour le médecin praticien, qui ne sait au juste sur quoi compter. Or, nous qui avons pour mission d'assurer autant que possible la régularité dans les prescriptions thérapeutiques, nous croyons devoir conseiller de recourir exclusivement à la dernière de ces formules, parce qu'en fait de vésicants, un composé capable de produire la vésication en quelques heures nous paraît mériter la préférence sur un autre médicament du même genre qui, dans un même laps de temps, ne déterminera qu'une rubéfaction plus ou moins forte.

NOTE SUR LE CÉRAT LAUDANISÉ ET LE CÉRAT OPIACÉ,
par M. Gobley.

Le cérat opiacé et le cérat laudanisé sont-ils deux préparations distinctes, ou ne constituent-ils qu'un seul et même médicament? C'est une question qu'une recherche dans le *Codex* devrait résoudre à l'instant; mais, comme les rédacteurs de ce livre officiel ont été animés d'un tout

autre esprit que de celui qui porte à faire un travail aussi complet que possible sur la matière, ils n'ont pas même cru devoir mentionner ces deux cérats ! il faut donc recourir à des traités particuliers pour trouver quelque chose sur ce point. Or, sous le nom de *cérat opiacé*, M. Soubeiran, dans son *Traité de pharmacie*, indique un mélange de 32 grammes de cérat jaune et de 4 grammes de laudanum de Sydenham ; tandis que M. Guibourt, dans sa *Pharmacopée*, prescrit, sous la même dénomination, un mélange de 30 grammes de cérat à l'eau, et de 20 centigrammes d'extrait aqueux d'opium.

Entre ces deux indications, émanant de sources également respectables, quel motif devra déterminer le choix du pharmacien lorsqu'il aura à délivrer du cérat opiacé ? Cependant le médicament est loin d'offrir des caractères physiques identiques, suivant qu'il a été préparé d'après l'une ou l'autre de ces deux formules.

Un pharmacien de Paris, professeur agrégé à l'École de pharmacie, M. Gobley, établit dans une note qu'il vient de publier, que le cérat laudanisé doit être préparé avec le laudanum, tandis que, pour le cérat opiacé, c'est de l'extrait d'opium qu'il convient de se servir, et il propose les formules suivantes pour remédier au malencontreux silence du *Codex* :

1° *Cérat laudanisé.*

Prenez : Cérat de Galien. . . . . . 30 grammes.
Laudanum de Sydenham. . 4 gram.
Triturez dans un mortier, puis ajoutez
Huile d'amandes douces. . 2 gram.
Triturez de nouveau, jusqu'à ce que le mélange soit d'une parfaite homogénéité.

2° *Cérat opiacé.*

Prenez : Extrait aqueux d'opium. . 25 centigrammes.
Triturez avec quelques gouttes d'eau distillée dans un mortier de porcelaine, puis ajoutez au liquide sirupeux qui en résulte
Cérat de Galien. . . . . 32 grammes.
Triturez jusqu'à mélange exact et parfaitement homogène.

Ainsi obtenu, le cérat opiacé renferme la même proportion d'extrait d'opium que le cérat laudanisé.

Nous croyons que ces formules devraient être adoptées par tous les praticiens, afin que l'on pût compter sur quelque chose de bien arrêté lorsque l'on prescrit l'une ou l'autre de ces préparations. Toutefois nous ferons observer que, dans la seconde formule, il nous eût semblé pré-

férable d'établir, comme proportions relatives des composants, un centigramme d'extrait pour un gramme de cérat; le médicament eût alors présenté une constitution plus harmonique avec les préceptes de précision qui doivent présider à tous les mélanges pharmaceutiques.

SUR UNE FORMULE DE SPARADRAP VÉSICANT.

Les sparadraps destinés à remplacer l'emplâtre vésicatoire ordinaire dans la pratique sont assez nombreux; mais l'un de ceux qui jouissent de la plus grande vogue, le vésicatoire de M. Fumonze-Alhespryre, a contre lui le désavantage très-grand d'être un médicament secret, et il est peu de praticiens qui se respectent qui veuillent bien consentir à employer un remède dont ils ne connaissent pas la composition.

Un pharmacien de province, M. Houdbine, vient d'adresser au Journal de chimie médicale la formule suivante, dont il se sert depuis quelque temps à la place du taffetas vésicant de M. Fumouze.

PRENEZ :	Poix de Bourgogne purifiée .	60 grammes.
	Résine élémi purifiée . . .	60 grammes.
	Huile de cantharides	60 grammes.
	Cire jaune.	125 grammes.
	Cantharides en poudre fine .	125 grammes.
	Éther sulfurique.	125 grammes.
	Camphre en poudre fine . .	20 grammes.

On place les cantharides dans un flacon, on verse l'éther par-dessus et, après avoir bouché avec soin, on laisse en macération pendant huit jours. Alors on fait liquéfier à un feu doux la poix de Bourgogne, la cire et la résine élémi avec l'huile; on y ajoute les cantharides, et on maintient le mélange en fusion pendant deux heures au moins, en ayant le soin d'agiter de temps en temps; enfin on y mêle le camphre en poudre très-fine.

Pour faire le sparadrap, on étend l'emplâtre ainsi préparé sur une toile cirée d'un seul côté, parce que la couche emplastique y adhère mieux que sur une surface lisse.

Suivant M. Houdbine, ce sparadrap, dont l'emploi est tout à fait commode, est une composition d'une action assez prompte et certaine.

Il serait à désirer que l'on pût faire connaître de même des formules qui remplaçassent aussi parfaitement les divers autres remèdes secrets en crédit chez les gens du monde; ce serait le moyen le plus assuré de renverser cette espèce de monopole qu'exercent quelques individus au

détriment des pharmaciens et même de tout le corps médical en général.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE LA LUXATION DU POIGNET SANS FRACTURE DES OS DE L'AVANT-BRAS.

Les luxations du poignet sans fracture des os de l'avant-bras avaient été admises par tous les anciens auteurs, ainsi que par J. L. Petit, Desault, Boyer, lorsque Dupuytren vint en nier l'existence et jusqu'à la possibilité.

M. Voillemain, interne des hôpitaux de Paris, MM. Lenoir et Marjolin fils, ont publié récemment quelques faits qui me paraissent mettre hors de doute l'existence de cette luxation, et voici deux exemples qui me sont propres, et qui me semblent de nature à ne pas laisser la moindre incertitude.

Obs. I. Le nommé Corbel, âgé de dix-huit ans, d'une taille élevée et d'une constitution robuste, travaillait le 13 octobre 1837 sur le toit d'un magasin dans le port de Cherbourg ; il était soutenu par une échelle de six mètres de hauteur, lorsque dans un mouvement brusque en arrière, il dérangea cette échelle et fut entraîné dans sa chute.

Corbel saisit d'abord vigoureusement les deux montants de l'échelle ; mais en approchant du sol, il y porta la main droite, qui reçut ainsi tout le poids du corps.

Le blessé éprouva aussitôt des douleurs vives dans le poignet droit, qui offrit, quelques instants après, les désordres suivants :

La main droite était tournée en pronation et manifestement raccourcie, l'articulation radio-carpienne était un peu fléchie et tout à fait déformée ; les moindres tentatives de mouvement y déterminaient des douleurs très-vives. Sur la face dorsale du poignet existait une saillie transversale très-prononcée, brusquement surmontée d'une dépression profonde due au déplacement en arrière et en haut des os du carpe. Les tendons extenseurs des doigts étaient tiraillés par cette saillie anormale sur laquelle ils se contractaient avec force.

A la face antérieure du poignet et vers le haut de la paume de la main se trouvait une seconde saillie formée par l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras, et au-dessous de cette saillie, qui était placée à six centimètres environ plus bas que la partie postérieure, existait aussi une dépression profonde. Les tendons fléchisseurs des doigts étaient dans le relâchement et semblaient réunis en un seul faisceau.

Un aide fut chargé de la contre-extension et saisit pour cela le coude

et la partie supérieure de l'avant-bras; la puissance extensive fut appliquée sur les doigts. Les premières tentatives de réduction occasionnèrent des douleurs très-vives, amenèrent presque une syncope, et la coaptation s'opéra facilement.

Aussitôt après le poignet reprit sa forme normale; il put exécuter des mouvements qui, seulement, causaient quelques douleurs dès qu'on leur donnait quelque étendue.

Les recherches les plus minutieuses n'ont pas pu me faire découvrir la moindre trace de fracture dans les os de l'avant-bras, ou de déplacement dans l'épiphyse du radius.

Je me suis borné à envelopper le poignet de compresses résolutives, et à soutenir l'avant-bras et la main à l'aide d'une palette.

Pendant les quarante-huit heures qui ont suivi l'accident, le malade a éprouvé de légères douleurs dans l'articulation luxée; il s'y est développé un peu de gonflement, mais ce gonflement a rapidement disparu, et j'ai pu me livrer à de nouvelles recherches qui ne m'ont fait découvrir aucune trace de fracture.

Quelques jours plus tard Corbel pouvait exécuter facilement et sans douleur tous les mouvements de pronation et de supination, de flexion et d'extension dont l'articulation radio-carpienne est susceptible dans l'état le plus sain, et dès le 20 octobre, c'est-à-dire huit jours après son entrée à l'hôpital, il a pu reprendre ses rudes travaux dans le port de Cherbourg.

Obs. II. La corvette *la Recherche* se trouvant en novembre 1839 au bassin dans le port de Cherbourg, le nommé Duliscot (Pierre), âgé de dix-sept ans, mousse sur ce navire, se rendait à terre à l'aide d'un pont volant formé avec des planches, pendant que l'on travaillait à hisser à bord des pièces à eau. Tout à coup le cartahu qui, du côté de la terre, servait de retenue à une de ces pièces se rompit, et le bout alla fouetter contre la poitrine de Duliscot qui fut précipité au fond du bassin. La chute eut lieu d'une hauteur de cinq à six mètres environ; mais le bassin contenait encore un peu d'eau dont la présence amortit le choc. Deux points du corps portèrent seuls avec violence; le genou gauche qui éprouva une contusion assez forte, et le poignet du même côté. La main étant alors fléchie, les ligaments postérieurs de l'articulation radio-carpienne, vivement tiraillés, cédèrent, le carpe se luxa et sa convexité vint faire saillie en arrière des extrémités inférieures des os de l'avant-bras en soulevant les tendons extenseurs de la main.

Le malade fut immédiatement porté à l'hôpital de la marine; je pratiquai la réduction sans difficulté, et j'acquis la certitude qu'il n'existait aucune lésion dans les os de l'avant-bras.

Quelques heures après, de la chaleur et un gonflement assez considérable se manifestèrent, l'articulation était douloureuse; les topiques émollients, des bains, l'application de sangsues calmèrent promptement ces symptômes inflammatoires. Des compresses imbibées d'eau végéto-minérale, et d'autres légers résolutifs complétèrent le traitement, et ce jeune mousse put bientôt rejoindre sa corvette.

Docteur Reynaud,
2e chirurgien en chef de la marine au port de Toulon,
membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Observation de hernie crurale étranglée suivie de la gangrène et de l'expulsion d'une portion d'intestin et d'épiploon ; et néanmoins suivie de guérison.

L'observation que j'ai l'honneur de vous transmettre constitue l'un des cas les plus saillants où l'on puisse voir les immenses ressources que la nature possède pour remédier à des désordres tels que l'art ne pourrait avoir la prétention de les dominer. C'est un cas de hernie crurale droite dans laquelle l'étranglement et l'inflammation ont déterminé la gangrène d'une portion notable d'intestin et d'épiploon. Malgré l'extrême gravité des symptômes qui ont suivi cet accident, la nature a été assez forte chez cette malade pour résister aux éléments de destruction, pour opérer l'expulsion des parties mortifiées, et la malade a été guérie au quatrième mois de l'accident. Voici ce fait dans ses circonstances principales.

Mlle G., âgée de quarante-quatre ans, repasseuse de linge fin, d'une petite taille et d'une faible constitution, portait depuis quinze ans une hernie pour laquelle elle n'avait jamais fait usage de bandage. Le 10 janvier elle fut prise de fortes coliques avec fièvre, et me fit appeler le 11. Elle me déclara sa hernie, et il me fut facile de reconnaître que c'était de là que partaient tous les accidents. Je reconnus à l'aine droite une hernie crurale. La tumeur était dure, extrêmement sensible au toucher ; je tentai le taxis ; mais il fallut y renoncer à cause de la douleur. L'opération était urgente ; je la proposai ; mais elle fut opiniâtrément repoussée par la malade, qui refusa même le concours d'un autre confrère. Je prescrivis alors une application de sangsues, des cataplasmes émollients, des boissons douces et mucilagineuses, des lavements émollients, puis laxatifs. Je pus, après l'emploi de ces moyens, tenter de nouveau le taxis. J'obtins la réduction d'une portion d'intestin, mais je pus m'assurer qu'une partie d'épiploon était adhérente. En effet, les

accidents ne cessèrent point, les nausées et les vomissements verdâtres continuèrent. Le 14 et le 15 janvier la malade prit des laxatifs en boisson et en lavement. Le 15, elle rendit un ver. Le 16, la douleur étant la même et la réduction impossible, je conseillai un emplâtre composé d'un mélange d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone, qui fut renouvelé le 18 et le 21. La malade parut soulagée par cet emplâtre. Mais la tumeur augmenta de volume et prit une couleur plus brune. L'inflammation fit encore des progrès, et se termina par la gangrène. Le 25 janvier je commençai à faire laver les parties avec la décoction de quinquina camphrée, et je les saupoudrai ensuite avec la poudre de quinquina gris. Le 26, je fis mettre du sparadrap sur les tubérosités sciatiques et autres parties qui menaçaient de s'excorier, vu la maigreur extrême de la malade, qui ne pouvait changer de position dans le lit. Le 27, j'administrai quatre pilules composées de quatre parties de nitrate de potasse et une partie de camphre avec suffisante quantité de thériaque. Enfin, pour corriger l'odeur et combattre la putréfaction, j'employai le chlorure de chaux. Le 30, les escharres gangréneuses se séparèrent, et il se forma une large ulcération où parurent des matières fécales. La suppuration était tellement âcre et infecte, que la peau où elle s'étendait devenait bientôt enflammée et gangrénée. Cette inflammation sceptique se propagea en arrière jusqu'aux lombes. Une amie bienveillante qui lui prodiguait ses soins jour et nuit et la pansait très-souvent, présenta sur les mains, qui avaient reçu seulement la vapeur de cette matière sanieuse, l'éruption de plusieurs boutons. L'ulcération de l'aine s'agrandit bientôt d'une manière énorme et acquit la dimension de vingt centimètres de longueur et de quinze de largeur. Je pansai trois à quatre fois dans vingt-quatre heures, lavant avec la décoction de quinquina, saupoudrant avec le camphre et le quinquina, et couvrant le tout d'un linge étendu d'un mélange de cérat et d'onguent styrax. La malade continua l'usage de la décoction de quinquina à la dose de trois verres chaque jour, tant qu'elle put passer. Dans ce triste état, en effet, rien ne passa à la malade pendant plus de huit jours, pas même le bouillon; elle pouvait seulement supporter un peu de décoction de quinquina. Aucune chance de salut ne paraissait rester à la malade; la mort était imminente, et la pauvre patiente la réclamait même comme un bienfait.

Le 2 février, la malade souffrant beaucoup, ne pouvant dormir, je lui fis prendre de quatre heures en quatre heures une pilule camphrée avec un centigramme d'opium; elle buvait ensuite une tasse de décoction de quinquina. Elle se trouva bien de ces pilules, et les continua du 2 au 26 février 1842. Je fis laver les reins et les parties excoriées avec l'eau blanche.

Le 14 février, époque où la suppuration de cet énorme abcès de l'aine était le plus abondante, et exigeait toujours au moins trois pansements dans les vingt-quatre heures, il sortit une portion entière du petit intestin ayant environ seize centimètres de longueur. Le centre de cette portion d'intestin était noirâtre et compris dans l'étranglement de la hernie avec une masse d'épiploon et un paquet graisseux. Cette anse d'intestin grêle fut séparée par la suppuration. Des deux extrémités, l'une était supérieure et l'autre inférieure. Il paraît que la jonction des deux bouts, supérieur et inférieur, s'est faite par un rapprochement que peut produire une adhérence plus ou moins ancienne, sans qu'il y eût communication avec le péritoine : de cette sorte, il ne se fit pas d'épanchement dans cette membrane séreuse. L'extraction de cette portion d'intestin s'est faite sans douleur et sans hémorrhagie ; elle s'est présentée dans un pansement. A diverses époques, il y a eu de petites effusions de sang. Pendant tout le mois de février on continua le même pansement et l'usage de la décoction de quinquina intérieurement.

Le 1er mars, elle prit 30 grammes d'huile de ricin. On continua également tout le mois de mars le pansement et l'usage de la décoction même de quinquina intérieurement. Le 4, on lui donna une décoction de séné et de rhubarbe qu'elle ne put prendre ; elle ressentait de très-vives coliques et le ventre était dur, très-douloureux ; de plus une très-vive douleur se manifesta à l'anus et à l'intestin rectum.

Soupçonnant que cet intestin pouvait contenir des matières stercorales (il n'en était pas sorti depuis un mois), je fis mettre un suppositoire de savon couvert de jalap ; il fut inutile. Je fis introduire une sonde pour suivre la direction du rectum ; on fut assez loin sans résistance et sans occasionner de douleur, puisque la sonde ne rencontrait qu'une masse de matières fécales en assez grande quantité pour remplir le petit bassin. La malade depuis quelques jours digérait des potages, et les matières de la digestion ne passaient plus par la grande ulcération qui diminuait sensiblement, en prenant un meilleur aspect. On put, avec du temps et de l'adresse, débarrasser la malade avec une curette introduite dans le rectum. On en tira, les deux premiers jours, une très-grande quantité ; ce fut alors qu'il se déclara un mieux sensible, lequel s'est soutenu jusqu'à la guérison de l'ulcère.

Le 7 avril 1842, il sortit encore pour la dernière fois par l'ouverture rétrécie de l'ulcération une très-petite portion de matières alimentaires non digérées, et ce fut la dernière, car l'ulcération diminua tellement qu'elle était entièrement cicatrisée avant la fin d'avril. La malade est entrée à cette époque en parfaite convalescence ; les selles devinrent naturelles et régulières, et toutes les fonctions se rétablirent.

Vers la fin de la guérison, pendant le travail de la cicatrice, elle prit des demi-bains avec du son; longtemps après la cicatrisation parfaite, le même moyen fut continué pour diminuer la tension de la peau qui avait tant prêté pour la formation de cette cicatrice dure, rugueuse et peu large. Peu à peu la marche s'est rétablie ainsi que toutes les autres fonctions, et dans ce moment la santé de cette dame est parfaite.

Cette guérison prouve que la nature, aidée des secours de l'art, peut avoir des ressources qui bravent les dangers les plus terribles. Chez notre malade, le pronostic était des plus fâcheux, car combien de cas de hernies beaucoup moins graves se sont terminés par la mort, malgré tout ce qu'on a pu faire! Cette observation offre, en effet, un exemple admirable de guérison inespérée, car tous les symptômes de la fièvre hectique et du marasme se réunissaient pour ne plus laisser d'espoir. Je pense que l'application répétée de quinquina en poudre, deux et trois fois dans les vingt-quatre heures, sur une très-grande surface ulcérée du bas-ventre, a eu un très-bon effet; elle a combattu efficacement la maladie locale et générale et s'est opposée puissamment à la résorption putride. Ce qui a pu avoir aussi de l'influence, c'est l'extrême propreté qui a entouré le sujet, grâce aux secours d'une amie rare dont la présence a aussi contribué à la tranquillité du moral de ma malade, qui était d'ailleurs parfaitement résignée et calme.

F. Le Monnier, D. M.,
à Rennes.

UN MOT SUR LES POTIONS PURGATIVES A LA MAGNÉSIE.

Dans le numéro de décembre dernier du *Bulletin de Thérapeutique*, j'ai lu une note extraite du Journal de Pharmacie, dans laquelle M. Gobley, après avoir fait quelques essais sur la médecine à la magnésie que M. Mialhe a fait récemment connaître, a reconnu que la potion, formulée ainsi que le prescrit ce dernier auteur, perdait de sa liquidité au bout de très-peu de temps, de trois jours, je crois, et par conséquent ne pouvait plus être administrée. Ayant fait diverses recherches à ce sujet, M. Gobley, pour empêcher la solidification de la potion, a cru devoir modifier la formule de M. Mialhe, et a prescrit la suivante qu'il considère comme pouvant se conserver liquide *indéfiniment*.

Magnésie calcinée.	8	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	30	—
Eau distillée.	87	—

J'ai voulu vérifier les assertions de M. Gobley et j'ai fait préparer le 20 janvier dernier, par M. Hiriart père, pharmacien de la marine, sur l'exactitude duquel on peut toujours compter, les potions de MM. Mialhe et Gobley : les deux fioles furent placées en lieu sûr, et le 23, en présence de quelques élèves de notre école, je remarquai que la potion de M. Mialhe était sous forme de bouillie et coulait avec difficulté, celle de M. Gobley était moins épaisse, et pouvait plus facilement couler. Le 27, la consistance des deux potions était plus grande, et je fus très-étonné de voir que la potion Gobley était beaucoup plus épaisse que celle de M. Mialhe et se mouvait en masse en agitant la fiole. J'ai répété deux autres fois cette même expérience, et j'ai obtenu les mêmes résultats.

Ainsi, la potion de M. Gobley ne se maintient pas liquide *indéfiniment* comme ce chimiste l'a avancé, et par conséquent ne peut pas plus que celle de M. Mialhe se donner à quelques jours de distance. Du reste, cet inconvénient est peu grave, car les purgatifs sont assez nombreux pour qu'on ne soit embarrassé que sur le choix, quand on voudra les prescrire pendant quelques jours et à doses fractionnées.

A. Barrallier,
Médecin de la marine à Toulon.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie médico-chirurgicale et topographique, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'obstétrique et à la médecine opératoire; par J.-E. Pétrequin, *chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

L'anatomie topographique, créée avec tant d'éclat au commencement de ce siècle, n'a pu, malgré les efforts des hommes distingués qui l'avaient accueillie à sa naissance, prendre parmi les élèves le rang que devait lui assigner son utilité ; elle est restée comme l'apanage presque exclusif des chirurgiens. En recherchant avec attention la cause de cette indifférence si regrettable, on se demande si elle ne vient pas à la fois et de la difficulté de son étude et de l'esprit qui a présidé à son enseignement. Sans doute les deux premiers ouvrages qui parurent sur l'anatomie topographique, en donnant en quelque sorte droit de cité à cette branche

importante de l'art, qui n'existait que dans les amphithéâtres, rendirent un immense service; mais si l'impulsion qu'ils lui communiquèrent ne fut que momentanée, il faut attribuer ce résultat à la méthode qui a présidé à leur confection. En effet, les détails anatomiques y sont si abondants, que c'est pour ainsi dire de l'anatomie descriptive sous une autre forme; les divisions et les subdivisions s'y multiplient à l'infini, en sorte que lorsque le lecteur arrive aux applications il a perdu de vue l'ensemble et la relation des parties. En 1838, le même sujet fut traité de nouveau, et, il faut le dire, avec un rare bonheur. L'auteur, faisant table rase de tout ce qui avait été fait avant lui, suivit une route entièrement opposée à celle de ses savants prédécesseurs, et le succès justifia la hardiesse de la tentative. La critique toutefois, tout en mêlant ses éloges à ceux du public, trouva que dans le nouveau livre la chirurgie avait été traitée avec trop de prédilection et quelquefois au détriment de l'anatomie, dont le rôle semble borné, dans certains points, à éclairer les discussions chirurgicales auxquelles il se livre.

M. Pétrequin, en sa qualité de dernier venu, a dû mettre à profit les erreurs de ses devanciers. Placé sur un vaste théâtre où l'anatomie, la chirurgie et la médecine ont toujours été cultivées avec succès, il a pu étudier à différentes reprises les descriptions anatomiques des auteurs, en contrôler les applications par l'observation clinique, et n'écrire qu'après avoir beaucoup vu. Pour rendre l'anatomie des régions attachante et réellement utile, M. Pétrequin a adopté la classification la plus naturelle. Il divise le corps humain en tronc et en membres. Le tronc comprend six sections, le rachis, la tête, le cou, la poitrine, l'abdomen et le bassin. Les membres se divisent en deux sections, les membres supérieurs et les membres inférieurs. Ces huit sections se subdivisent en d'autres régions toujours rigoureusement justifiées par la physiologie et la pathologie. Les parties sont décrites suivant leur arrangement, c'est-à-dire, couche par couche et non point isolément. A mesure qu'un objet se présente sous le scalpel, l'auteur en indique toutes les applications pratiques. Non-seulement cette méthode fait éviter les répétitions, elle a en outre l'avantage, bien grand pour celui qui se livre à l'étude, de représenter comme dans un tableau synoptique l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la région.

Quoique tout se lie et s'enchaîne dans le livre de M. Pétrequin, on doit, sous le rapport de l'appréciation, séparer la partie anatomique de la partie pratique. Dans la première, comme il est facile de le comprendre, l'auteur a dû se borner à être exact et précis. Mais la seconde a été entièrement créée par lui. Toutes les parties des sciences médi-

cales y sont représentées, en sorte qu'on a bien réellement un traité d'anatomie médicale et chirurgicale. Il nous est impossible de donner une idée de tous les matériaux dont ce savant chirurgien s'est servi pour rendre les applications plus riches et plus variées. Il a mis à contribution les travaux de tous les pays, de toutes les écoles, et cette impartialité nous a valu la connaissance de documents précieux et presque ignorés. Les opinions des auteurs sont discutées par M. Pétrequin avec cette sévérité de la véritable érudition, qui ne se borne point à inscrire des noms plus ou moins illustres à la suite les uns des autres. Ici il y avait un écueil dans lequel l'auteur a dû nécessairement tomber, et qui se présente toutes les fois que celui qui parle a déjà fait de fréquentes investigations dans le champ de la science. C'est qu'en discutant la valeur des assertions des autres à l'aide de ses propres recherches, il donne peut-être à son œuvre une couleur un peu trop personnelle.

Nous regrettons que les bornes d'une simple notice ne nous permettent pas d'examiner avec détail quelques-uns des chapitres de l'ouvrage du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Qu'il nous soit permis de mentionner plus particulièrement l'appareil oculaire, les expériences sur les plaies intestinales, l'histoire obstétricale du bassin, la description du périnée et des modifications opératoires à faire subir à l'opération de la taille, l'anatomie des articulations et tout ce qui a trait aux fractures et aux luxations.

En résumé, le livre de M. Pétrequin ouvre une ère nouvelle pour l'anatomie topographique, et si nous en jugeons par le plaisir que nous a procuré sa lecture, nous aimons à croire qu'il sera généralement accueilli avec la faveur à laquelle lui donne droit de prétendre le cachet original et pratique dont il est empreint.

Nouveaux éléments complets de la science et de l'art du dentiste, par M. Désirabode, *chirurgien-dentiste du roi, et ses fils, docteurs en médecine.* Deux volumes grand in-8°.

Malgré l'immense quantité d'écrits publiés depuis vingt-cinq ou trente ans sur l'art du dentiste, et parmi lesquels on en trouve plusieurs portant le cachet d'un travail sérieux, il n'existe pas, à vrai dire, de traité complet de cet art, c'est-à-dire un ouvrage sinon contenant toutes les connaissances nécessaires au dentiste, du moins offrant le tableau exact de ces connaissances, l'esprit dans lequel chacune d'elles doit être étudiée dans ses véritables rapports avec l'état actuel de la science, les liens qui les enchaînent et les conséquences pratiques qui découlent de leur rapprochement. C'est cette lacune que MM. Désirabode père et fils

ont eu la louable prétention de remplir. Comment se sont-ils acquittés de cette tâche ? C'est ce que nous allons sommairement examiner. Ils ont divisé leur travail en deux parties parfaitement distinctes, formant chacune un des deux volumes dont se compose l'ouvrage. La première contient l'anatomie des dents et de leurs annexes, la physiologie, l'hygiène, l'orthopédie et la pathologie dentaires : c'est la science ; la seconde est exclusivement consacrée à la médecine opératoire et à la mécanique ou prothèse : c'est l'art. Ce cadre est complet et bien tracé ; mais ce qui est plus important à noter, c'est que dans la manière dont chaque division est traitée, on trouve des idées élevées, des aperçus neufs et toujours pratiques. Pour n'en citer qu'un exemple, parlons de l'opinion de MM. Désirabode sur la nature intime des dents. Qu'ont vu en effet en elles, jusqu'à présent, la plupart des dentistes ? Tout simplement les os les plus durs du corps humain. Et cependant, depuis plus de vingt ans, les physiologistes ont assigné à ces organes une place à part et ont établi les caractères qui les distinguent des os. MM. Désirabode ne se sont pas contentés d'adopter cette dernière opinion, mais ils l'ont appuyée sur cette nouvelle preuve, qui avait jusqu'ici échappé à l'attention des expérimentateurs : que si les dents se soudent entre elles, elles ne s'unissent jamais aux os maxillaires par une véritable soudure ; et ils se sont servis de ces faits en eux-mêmes pour expliquer les nombreuses maladies des dents, que n'expliquent que difficilement ceux qui ne les considèrent que comme des productions inorganiques assimilables aux cornes et aux ongles. Si de l'anatomie nous passons à la physiologie, nous trouvons des choses qui n'offrent pas un caractère moins marqué de nouveauté. Les dentistes, on le sait, ne sont pas d'accord sur l'évolution du cercle maxillaire dans l'intervalle qui sépare la deuxième de la première dentition : les uns veulent qu'il reste complétement immobile, et donnent pour preuve de ce fait, que si ce cercle allait toujours en augmentant, les dents de lait, sur la fin, se présenteraient isolées les unes des autres, ce qui n'est pas ; les autres veulent, au contraire, qu'il s'agrandisse toujours, et se fondent sur la nécessité dans laquelle va se trouver le cercle de loger toutes les dents secondaires, en somme totale plus volumineuses que celles qu'elles doivent remplacer. MM. Désirabode ont concilié les deux opinions en démontrant, par des faits, que l'espace destiné à recevoir les dents ne s'agrandissait qu'au fur et à mesure de la sortie de chaque dent secondaire et sous l'influence de cette dent ; de telle sorte que si d'une part les dents de lait restent entre elles dans les mêmes rapports jusqu'à leur chute, le bord alvéolaire ne s'agrandit pas moins, distendu qu'il est au moment de cette chute par la dent de remplacement. Ils ont trouvé dans la solution de

cette grave question le moyen d'expliquer pourquoi la nature avait voulu que les dents se renouvelassent isolément, et d'établir de nouvelles vues sur l'attention dont ce renouvellement doit être l'objet.

Nous voudrions pouvoir analyser tout ce que ce premier volume contient d'exact comme fait d'études scientifiques, et de clair comme choses d'induction pratique, tant sous le rapport de l'hygiène que de la pathologie ; et même de l'orthopédie, que nous aurions toutefois mieux aimé rencontrer dans la médecine opératoire à laquelle elle se lie mieux par la similitude des moyens mécaniques que l'une et l'autre emploient ; mais nous sommes forcé de nous en tenir à ces quelques citations. Nous le répétons, le premier volume contient beaucoup d'études scientifiques de bon aloi qui le mettent au niveau des connaissances médicales actuelles, et des inductions pratiques intéressantes nettement établies. Quant aux matières auxquelles est consacré le second volume et qui traitent de l'art en lui-même, nous nous en référons, pour les juger définitivement, au sentiment des hommes spéciaux. Nous dirons seulement que si l'expérience, en cette occasion comme en toute autre, est toujours le guide le plus sûr, M. Désirabode père, qui accepte probablement pour lui seul toute la responsabilité de ce volume, était mieux que personne en état de le faire, puisque peu de praticiens ont été à même de voir et de faire plus que lui. Toutes les opérations soit de chirurgie, soit de prothèse, y sont décrites avec une clarté et une précision qui permettent à ceux qui en adopteront l'esprit d'en retenir aisément tous les détails, et fourniront aux dissidents les moyens d'une facile réfutation.

Encyclopédie anatomique, comprenant l'anatomie descriptive, l'anatomie générale, l'anatomie pathologique, l'histoire du développement et celle des races humaines; par G. T. Bischoff, J. Henle, E. Huschke, G. T. Sæmmering, F. G. Theile, G. Valentin, J. Vogel, R. Wagner, G. et E. Weber ; traduit de l'allemand par A. J. L. Jourdan, *membre de l'Académie royale de médecine.*

Bien qu'il n'ait encore paru de cette vaste composition que deux volumes, celui qui traite de la névrologie et le premier volume de l'anatomie générale, il nous est permis de juger déjà le mérite éminent d'une telle publication. Un esprit philosophique souvent opposé à celui qui, en général, guide les Allemands dans leurs travaux scientifiques, nous inspire une sorte de défiance contre tout ce qui a dû passer le Rhin pour arriver jusqu'à nous. En matière purement philosophique, cette défiance

systématique peut souvent être justifiée, et nous la partageons jusqu'à un certain point. En est-il de même dans les sciences physiques? Nous ne le saurions penser. Pour légitimer cette dernière opinion, nous ne citerons point les ouvrages importés de l'Allemagne parmi nous, et dont depuis longtemps la réputation est solidement établie; nous parlerons seulement de la *Physiologie* de Burdach, composée d'après une méthode si hardie : quelque jugement que l'on porte sur les principales conclusions générales auxquelles l'auteur arrive, on ne peut méconnaître que nos physiologies tronquées, qui nous séduisent par la vigueur apparente de leurs procédés logiques, sont bien mesquines auprès de cette vaste composition. Là, les phénomènes de la vie, étudiés dans la série végétale et animale où ils sont saisissables, forment un tableau complet de biologie, dont les parties les plus obscures reçoivent un lumineux reflet de celles sur lesquelles la science a répandu ses vives lumières. Ce livre a donné le plus éclatant démenti à ceux qui prétendent d'une manière générale que la méthode empirique est l'unique méthode applicable aux sciences, et qu'il n'y a de données légitimes que celles qui sont fournies par les sens. Que les faits soient la base fondamentale de la science, personne ne le contestera, puisque celle-ci, dans sa plus haute généralisation, n'en est que l'expression systématisée; mais ces faits peuvent en être le moyen de vérification, comme ils peuvent en être le point de départ. Au reste, les savants auteurs de l'*Encyclopédie anatomique* ont à peine besoin de la justification d'un procédé logique, auquel la nature même des divers sujets dont ils traitent les oblige rarement de recourir; que si, à propos de leur œuvre, un mot sur ce sujet nous est échappé, c'est qu'en France, et surtout aujourd'hui, tout ce qui nous vient de l'Allemagne est tout d'abord véhémentement soupçonné d'être le produit d'une méthode condamnée. Qu'on se rassure donc, même à cet égard; nous le répétons, les médecins qui parlent allemand font de l'anatomie avec le scalpel et le microscope, tout comme à Paris.

Les deux premiers volumes de l'*Encyclopédie anatomique*, nous l'avons dit au commencement, sont relatifs à l'anatomie générale et à la névrologie. Dans l'anatomie générale, l'auteur, J. Henle, traite de l'histoire des tissus et de la composition chimique du corps humain. L'anatomie générale de notre Bichat, nous pouvons le dire, bien qu'elle ait créé cette science, et que l'énergique impulsion de son génie créateur se fasse encore sentir dans un grand nombre de travaux contemporains, l'anatomie générale de Bichat, disons-nous, sur beaucoup de points n'est plus au niveau de la science. Depuis l'apparition de cet immortel ouvrage, la science s'est frayé de nouvelles routes, certains points de vue se sont élargis, quelques opinions ont été démenties par une observation

plus complète; la chimie organique surtout a ouvert la voie à une anatomie toute nouvelle. Si plusieurs de ses données manquent encore d'une vérification suffisante, elle a au moins préparé dans la théorie de la vie normale ou pathologique une place bien marquée à des éléments nouveaux. La microscopie est venue à son tour porter son flambeau encore un peu vacillant sur les plus mystérieux phénomènes de la vie intime des tissus et des liquides, en tant au moins que cette vie a des rapports avec la forme, qui est la seule modalité qu'elle atteigne.

L'anatomie générale est surtout chimique et microscopique aujourd'hui; c'est aussi par là que Henle entame son intéressant sujet. Après avoir traité rapidement des éléments communs aux êtres organiques et aux êtres inorganiques, et des diverses conditions qui les mettent à nu quand le principe de la vie s'en est retiré, il passe à l'étude des matériaux immédiats du corps, ou aux substances organiques proprement dites. La plupart de ces matériaux appartiennent à la classe des substances neutres; mais on ne peut suivre dans leur étude ni cette classification ni toute autre qui repose sur un principe chimique rigoureux. L'auteur se contente de les partager en deux ordres très-naturels, suivant qu'ils contiennent ou non du nitrogène. Ceci posé, il examine successivement la protéine et ses combinaisons diverses, savoir : l'albumine, la fibrine, la caséine ; et puis la spermature, le mucus, les substances extractiformes, les substances qui donnent de la colle lorsqu'elles ont été traitées par l'eau bouillante, telles que les cartilages les parties formées de tissu cellulaire. Et ici l'auteur regrette la stérilité de la science, qui manque de mot pour désigner cette transformation. Enfin, il étudie tour à tour les matériaux de la bile, la graisse, etc., etc. Si sur ces sujets variés l'auteur émet peu d'idées nouvelles, il expose au moins d'une manière complète l'état actuel de la science sur tous ces points.

Cette partie chimique épuisée, Henle aborde l'étude des tissus, l'histologie : c'est ici surtout qu'éclate l'originalité du livre que nous analysons. L'auteur ne marche ici que la loupe à la main, si nous pouvons ainsi dire. Aussi, en homme, qui a fréquemment pratiqué cette méthode d'exploration, donne-t-il les plus judicieux conseils sur l'application de cette méthode, sur le maniement de la lumière, comme il le dit lui-même. Mais c'est surtout dans l'étude des liquides au moyen du microscope que l'auteur de l'*Anatomie générale* arrive à de bien remarquables résultats, qui montrent que, sous les tissus grossiers qu'analyse le scalpel, il y a tout un monde à peine exploré. Nous ne pouvons qu'indiquer ces nombreux sujets d'études, en y renvoyant les hommes sérieux ; nous ne pourrions, sans briser la belle harmonie du livre de Henle, en détacher quelques parties isolées. Toutefois, pour prévenir

une objection, que cette étude exclusive de la matière dans l'organisme vivant pourrait provoquer de la part de médecins physiologistes (on sait que par là nous n'entendons pas parler d'une doctrine qui a pâli), nous citerons un remarquable passage du livre, où l'auteur traite d'une manière générale de l'organisme, et cherche à caractériser la force qui l'anime. « Ce qui forme et maintient l'organisme, dit-il (1er vol., 223), ce qu'on a appelé force vitale, puissance organisatrice, *nisus formativus, etc.*, n'est point une force dans le sens des physiciens, une force qui existe nécessairement par le fait de l'existence de la matière, et qui soit indissolublement liée à cette matière. Ce quelque chose ne périt pas avec les individus, mais se montre primordialement et si constamment différent dans les différentes espèces, ou du moins dans les divers genres d'êtres animés, qu'on ne peut pas considérer les formations spécifiques comme émanées du conflit entre un principe organisateur, simple en général, et les agents variés de la création privée de vie. Je crois donc ne pouvoir mieux désigner ce principe agissant dans l'organisme, qu'en l'appelant idée de l'espèce, et mon intention est d'exprimer par là ce qui le caractérise, savoir, d'un côté, la spontanéité, et son indépendance de la matière ; d'un autre côté, sa nature concrète. L'idée de l'espèce est en quelque sorte la forme préfixe, sous laquelle croît le germe qui se développe en organisme. » Après une si nette déclaration, on peut s'enfoncer dans l'étude de la matière, et traiter ensuite de la vie et dans l'état normal, et dans l'état pathologique.

L'ouvrage profond, dont nous venons d'indiquer l'admirable économie, parut en même temps que la *Névrologie* de Valentin : nous regrettons que l'espace nous manque pour parler comme il le mérite de ce dernier traité. Nous n'avons jusqu'ici en France aucun ouvrage dans lequel un si important sujet ait été traité d'une manière aussi complète : aux nombreux lecteurs que ne manquera pas de conquérir l'*Encyclopédie anatomique*, nous recommandons surtout l'étude attentive du système nerveux central dans ses rapports avec le système nerveux périphérique, et aussi le système nerveux ganglionnaire. Ils trouveront là, outre la plus lumineuse analyse, les aperçus physiologiques les plus féconds.

L'*Encyclopédie anatomique* est une publication trop importante pour que nous n'y revenions pas ; nous n'y manquerons point : en attendant, remercions, au nom du public médical, dont nous ne craignons point de nous poser ici comme l'interprète, M. Jourdan, qui a déjà servi si utilement la science, et qui vient encore aujourd'hui populariser en France, en les revêtant de son style élégant de si remarquables travaux.

Les développements dans lesquels nous venons d'entrer à propos des deux premiers volumes de l'*Encyclopédie anatomique* nous empêchent d'aborder l'analyse des quatre volumes qui ont rapidement suivi ces derniers. Nous dirons seulement que ces quatre volumes achèvent ou poursuivent l'*Anatomie descriptive* avec une ampleur de détails qu'on est loin de trouver toujours dans cette sorte d'ouvrages ; et que l'un d'eux est exclusivement consacré à l'exposé d'une science que nous pouvons presque dire nouvelle, celle du développement de l'homme et des mammifères. Cette production remarquable est due à M. Bischoff, dont l'Académie royale des sciences de Berlin a couronné un travail fort important sur le développement de l'œuf du lapin, travail que l'éditeur, pour accroître l'intérêt de sa publication, a joint au *Traité de l'embryologie*.

Nous le dirons encore en finissant, l'*Encyclopédie anatomique* est une de ces vastes publications qui s'adressent à tous ceux qui cultivent sérieusement la science, et deviennent la base nécessaire de la bibliothèque des hommes d'étude et de pratique consciencieux.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur un polype fibreux du vagin, et sur l'opération qui a été pratiquée. — La femme Desquand, âgée de quarante-trois ans, d'une forte constitution, a toujours été bien réglée ; elle n'a jamais eu d'enfants ; il y a dix-huit mois environ qu'elle ressentit dans le bas-ventre, dans les reins et dans les aines des tiraillements et de la pesanteur. Trois mois plus tard, elle remarqua la présence d'une grosseur à la vulve ; cette grosseur, d'après son dire, se manifesta tout à coup à la suite d'un effort qu'elle fit. Chez cette femme, qui est mariée, le coït, depuis cet accident, devint impossible, l'entrée du vagin se trouvant fermée par la présence de cette grosseur. Pendant les deux mois qui suivirent l'apparition de cette dernière à l'extérieur du canal utérin, la femme Desquand nous dit qu'elle avait de fréquents besoins d'uriner, et que souvent même l'urine coulait sans qu'elle pût la retenir pour peu que le besoin fût un peu fort. Ces deux mois passés, l'émission des urines eut lieu comme auparavant et sans aucun phénomène insolite. Cette femme entra, le 4 novembre 1843, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert. Elle présente à l'extérieur de la vulve une tumeur du volume et de la forme d'un gros citron, présentant tous les caractères d'un corps fibreux que l'on croyait d'abord provenir de la matrice ; mais en l'examinant de plus près on s'assura que ce polype

s'insérait, par un large pédicule, au vagin lui-même derrière le pubis et dans la direction du canal de l'urètre. M. Jobert, ayant fait saisir le polype avec des érignes de Muscux, en fit l'excision en se rapprochant le plus possible du point de son implantation : il fit toutefois remarquer que s'il laissait une partie du pédicule, c'était dans la crainte d'intéresser le canal de l'urètre et peut-être la vessie ; que, d'ailleurs, l'expérience avait appris que ces tronçons de polype ménagés par l'opération ne tardaient pas ordinairement à se flétrir, et que souvent ils s'étaient détachés spontanément : le même résultat pouvait donc être espéré. M. Jobert fut trompé dans son attente ; la portion de polype restante a d'abord suppuré, puis, au lieu de s'atrophier, elle a augmenté de volume, et malgré les cautérisations avec le nitrate d'argent auxquelles on le soumet fréquemment, elle menace de persister indéfiniment. Elle s'offre aujourd'hui entre les grandes lèvres, sous forme d'une tumeur rouge, ovoïde, couverte par la membrane muqueuse, ulcérée à sa base, ayant le volume d'un œuf de poule, et adhérant à la cloison vésico-vaginale par un pédicule très-dur dans l'étendue d'un pouce environ, ainsi qu'on peut s'en assurer par le toucher.

Voulant débarrasser la malade d'une manière définitive, le chirurgien se décida à tenter une nouvelle opération : comme la première fois, la tumeur fut saisie à l'aide de pinces érignes, et le pédicule fut excisé très-près du vagin, lentement et par petits coups, afin d'être bien sûr que la section s'opérait sur le tissu fibreux lui-même en dehors de la paroi du vagin elle-même. Cela fait, sans la moindre effusion de sang, M. Jobert éteignit sur le plan fibreux représenté par les racines du polype un cautère nummulaire chauffé à blanc. Cette cautérisation fut très-peu douloureuse, ce qui s'explique par la nature même du tissu sur lequel elle porta.

La malade, remise dans son lit, éprouva pendant la journée de la chaleur et une assez vive cuisson dans le vagin ; aucun phénomène morbide d'ailleurs ne se manifesta du côté de la vessie, dont les fonctions ne furent point troublées. Déjà, au sixième jour de l'opération, l'escharre se détache, la suppuration est assez abondante, la malade n'éprouve pas de douleur, et la guérison ne peut longtemps se faire attendre. Quant à la nature de la tumeur elle-même, nous la trouvâmes constituée dans toute son épaisseur par un tissu fibreux un peu ramolli, dégénéré et tout à fait analogue à celui du polype utérin : comme ces derniers, la tumeur était enveloppée extérieurement par une membrane d'aspect vasculaire, rougeâtre, tomenteuse, offrant tous les caractères de la membrane muqueuse du vagin avec laquelle elle semblait se continuer ; ces caractères, bien tranchés à la partie la plus élevée

de la tumeur, se perdaient en grande partie vers la base, où la muqueuse, longtemps enflammée, était ulcérée, grisâtre et fort amincie. Si nous avons autant insisté sur les détails de ce fait, c'est que nous ne sachons pas qu'il y en ait un seul dans la science qui puisse lui être comparé : on a vu des tumeurs diverses, et notamment des kystes développés dans l'épaisseur des parois du vagin ; mais il n'est dit nulle part que la présence de véritables polypes fibreux y ait été constatée.

Nous ne terminerons pas sans appeler l'attention sur le manuel opératoire suivi par le chirurgien : la prudence dont il fit preuve en cette circonstance nous semble justifiée par l'implantation large et profonde de la tumeur dans le voisinage d'un organe qu'il importait, avant tout, de ne pas léser ; si le pédicule du polype ne s'est pas flétri, comme on l'espérait, après une première opération, cela tient à l'étendue de ses racines qui couvraient, ainsi que nous l'avons dit, une large surface du vagin. En général, cette atrophie des pédicules de polypes, que nous avons surtout observée sur la matrice, n'a guère lieu qu'autant que le tissu fibreux qui les constitue a peu d'épaisseur, et qu'il est déjà ramolli par l'inflammation : ce n'est que dans ces circonstances que le chirurgien devra rationnellement compter sur leur élimination spontanée. Avant de finir, n'omettons pas d'ajouter qu'avant de faire la section du polype la seconde fois, M. Jobert avait eu soin d'introduire une sonde dans la vessie, afin de mieux s'assurer de la direction du canal de l'urètre, qui se trouvait ainsi plus en sûreté.

Des hémorrhoïdes, de leur nature et de leur traitement à l'état aigu ou à l'état chronique. — A l'occasion d'un malade atteint d'hémorrhoïdes, et couché au n° 15 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital de la Pitié, M. Lisfranc a fait une leçon intéressante, dont nous devons présenter un résumé à nos lecteurs.

Par quels tissus les tumeurs hémorrhoïdales sont-elles constituées ? On sait que cette question est fort controversée, et que la solution en est fort diverse. M. Lisfranc professe que presque jamais les tumeurs hémorrhoïdales ne sont exclusivement formées par des veines, mais que très-souvent elles sont entourées et pénétrées d'un grand nombre de veines volumineuses. On sait qu'après trente-cinq ans, le système veineux du rectum prend un développement extraordinaire. C'est un point d'anatomie bien remarquable, et qui a de bien grandes conséquences pour la pratique, que cette richesse du réseau vasculaire du rectum. Mais le tissu hémorrhoïdal lui-même est autre chose que des veines variqueuses. Est-il de nature érectile ? M. Lisfranc ne le pense pas ; et cela, parce que le tissu érectile, lorsqu'il siége ailleurs qu'à la partie inférieure

du rectum, n'est pas susceptible, tous les un, deux ou trois mois, d'augmenter en vingt-quatre heures des deux tiers, des trois quarts ou des sept huitièmes de son volume. On pourrait objecter qu'on ne voit pas pourquoi ce tissu ne serait pas susceptible de fluxion périodique. M. Lisfranc répond que très-fréquemment sept, huit ou quinze jours se sont à peine écoulés que les tumeurs hémorrhoïdales ont disparu, et bien souvent on n'en trouve plus aucune trace. Qui a jamais vu le tissu érectile se comporter ainsi dans une autre région? Qui l'a jamais vu disparaître et reparaître de la sorte périodiquement tous les deux ou trois mois? Il y a donc une différence de nature entre les tumeurs hémorrhoïdales et les tumeurs érectiles. Elles sont constituées par une espèce de tissu fibreux parcouru par quelques vaisseaux seulement s'il n'y a pas congestion; et quand celle-ci existe, quelque violente qu'elle soit d'ailleurs, les vaisseaux ne sont jamais en aussi grand nombre que dans les tumeurs érectiles proprement dites.

La nature non érectile des tumeurs hémorrhoïdales rend leur pronostic beaucoup moins grave, et éloigne de leur traitement les opérations ordinairement indispensables à la cure des tumeurs érectiles.

Quelle est la thérapeutique des hémorrhoïdes? En supposant que les hémorrhoïdes soient enflammées ou plutôt congestionnées, une distinction très-importante se présente pour le traitement : ou les accidents sont périodiques, ou ils sont permanents. Dans le premier cas on doit les laisser marcher, s'ils ne présentent pas toutefois une trop grande intensité. On s'exposerait, en les arrêtant, à voir la congestion se faire sur les grands viscères. Il faut respecter les hémorrhoïdes périodiques de l'homme à l'égal des règles de la femme. Si pourtant les douleurs, devenues intolérables, ou les hémorrhagies trop abondantes, forçaient d'intervenir, ce qui réussit le mieux, ce n'est pas une application de sangsues, mais une saignée de trois ou quatre palettes le premier jour, et si les malades ne sont pas faibles, les jours suivants une saignée dérivative de trois, quatre ou six onces. Si le sujet n'est pas prédisposé à l'apoplexie bien entendu, il convient de prescrire des bains entiers, et si l'introduction de la canule dans le rectum n'est pas trop douloureuse, des quarts de lavement presque froids avec addition de quelques gouttes de laudanum. On met du reste le malade à l'usage des boissons émollientes et à un régime adoucissant. Il faut éviter l'emploi des cataplasmes, car ils exposeraient d'une manière presque certaine à augmenter la congestion des parties malades.

Le malade à l'occasion duquel M. Lisfranc est entré dans ces développements, portait, à son entrée, un bourrelet hémorrhoïdal énorme l'extérieur de l'anus. Il a été soumis à ce traitement, les tumeurs sont

rentrées en presque totalité, et le tissu hémorrhoïdal est en grande partie dégorgé.

Lorsque les paquets hémorrhoïdaux sont sortis à l'extérieur, on doit songer à les faire rentrer. L'augmentation croissante du volume de ces parties pourrait amener leur étranglement par les sphincters, et par suite leur gangrène, et de là des accidents funestes si le rectum était compromis dans une grande hauteur. La réduction présente encore d'autres avantages : les tumeurs hémorrhoïdales, si douloureuses d'ordinaire, sont soustraites au contact de l'air et au frottement des objets environnants.

Pour procéder à la réduction, on a dit et on répète partout qu'il faut enduire ses doigts d'un corps gras. Ce précepte n'a certainement pas été donné par un praticien, car les tumeurs à réduire sont déjà trop glissantes, et l'on est souvent obligé de les essuyer préalablement avec un linge sec. Les parties sorties les dernières seront réduites les premières.

Quant au traitement des hémorrhoïdes chroniques, M. Lisfranc proscrit l'instrument tranchant. Un régime doux, un exercice modéré, des saignées spoliatives ou dérivatives, selon les circonstances, sont utiles pour améliorer l'état du malade. Quand ce traitement est insuffisant, on peut employer un moyen excellent, il consiste à diriger sur la marge de l'anus des douches en arrosoir d'eau à la température de 20 degrés. Quelquefois M. Lisfranc touche les paquets hémorrhoïdaux à leur centre, le plus rapidement possible, avec le crayon de nitrate d'argent fondu, dans le but de les exciter seulement et non de les cautériser. Si les tumeurs présentent des ulcérations simples, M. Lisfranc les cautérise avec le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure. Si les ulcérations sont de mauvaise nature, s'il existe des indurations, il opère alors par un procédé qui lui est propre et que nous avons eu l'occasion de décrire, et qui met le malade à l'abri des dangers qui sont quelquefois le résultat de la méthode généralement employée.

Un mot sur la chlorose syphilitique et son traitement. — Ce qui toujours a le plus nui aux progrès de l'histoire pathologique et thérapeutique de la syphilis, c'est l'idée exclusive d'une cause spéciale et d'un traitement spécifique. Cependant on ne parviendra à mettre l'étude de la syphilis au niveau des autres branches de la médecine, qu'en prenant en considération les modifications diverses que la cause spécifique de cette maladie imprime à l'économie selon les idiosyncrasies, les maladies étrangères concomitantes qui peuvent la compliquer, selon le siége particulier qu'elle affecte et la période à laquelle elle est arrivée ;

ce qui fournit autant d'indications à part, qui, rationnellement, ne peuvent être remplies par un traitement unique.

Par les succès obtenus à l'aide de l'*iodure de potassium* associé au traitement mercuriel, pour combattre les accidents de transition qui surviennent pendant l'intervalle qui sépare les accidents secondaires des accidents tertiaires de la syphilis constitutionnelle ; comme aussi d'après l'efficacité incontestable de l'iodure de potassium employé seul contre les accidents tertiaires, on a déjà pu juger de l'importance de la classification admise par M. Ricord. D'après ce chirurgien, la syphilis parcourt trois périodes, qu'il a désignées sous les dénominations suivantes :

1° Période des accidents primitifs ;

2° Période des accidents secondaires ;

3° Période des accidents tertiaires.

L'intervalle qui sépare chacune de ces périodes se trouve rempli par la présence des accidents intermédiaires, autrement dits, accidents de transition.

Nous allons parler aujourd'hui du résultat de recherches nouvelles qui seront le sujet d'un prochain mémoire.

D'après l'observation de M. Ricord, un phénomène remarquable de la syphilis constitutionnelle consiste dans un état chlorotique, qui donne l'explication du teint particulier aux malades arrivés à cette période de la maladie. De cette observation il est résulté pour ce praticien une indication importante, qui l'a conduit à associer au traitement mercuriel les préparations ferrugineuses. Déjà nous avons pu constater dans les salles de son service les bons résultats de cette médication, qui consiste à soumettre les malades à l'usage de la tisane amère (décoction de houblon ou de feuilles de saponaire), à leur faire prendre, tous les jours et en 3 doses, de 9 à 12 pilules de Vallet, et des pilules de protoiodure de mercure d'après la formule suivante :

℞ Protoiodure de mercure. . . . Thridace.	ãã 3 grammes.
Extrait thébaïque	1 gramme.
— de ciguë	6 grammes.

M. S. A. pour 60 pilules.

Selon les idiosyncrasies, le plus ou moins de suceptibilité des malades, on pourra augmenter le nombre de ces dernières pilules successivement jusqu'à la dose de 6 par jour, qu'on atteint rarement, et qu'on ne dépasse presque jamais.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT. *Présentation de l'épaule avec issue du bras. Evolution spontanée du fœtus.* M. le professeur Velpeau décrivait dernièrement, à l'Académie de médecine, les phénomènes de l'évolution spontanée du fœtus, circonstance rare, et niée même par quelques accoucheurs. En voici un exemple, publié par M. le docteur Goyrand, d'Aix. Le 23 mars 1842, il fut appelé, à minuit, pour une femme en travail d'enfantement. Cette femme, âgée de 32 ans, avait eu déjà deux accouchements naturels et à terme. Arrivée à la fin de sa troisième grossesse, elle avait ressenti la veille les premières douleurs de l'accouchement, et, assistée d'une sage-femme, elle accoucha naturellement d'une fille bien portante, à dix heures et demie du soir. Après la sortie de cet enfant, le ventre est resté gros. Bientôt les douleurs ont recommencé, une nouvelle poche s'est formée, et, à la rupture de cette poche, le bras d'un second enfant est sorti: Il était alors onze heures.

A minuit et quart, le bras droit de l'enfant est tout dehors; il est livide et sans mouvement; la tête est dans la fosse iliaque droite (deuxième position de l'épaule droite). Au-dessus de l'ombilic existe une tumeur sphérique et dure, qu'on aurait prise pour la tête, si on n'avait vu le bras hors de la vulve. M. Goyrand fit placer la femme sur le bord du lit, les pieds appuyés sur deux chaises, pour opérer la version; mais la poitrine de l'enfant est tellement engagée dans le bassin, que la main de l'accoucheur ne peut passer. Cependant, les douleurs sont fortes et fréquentes, et M. Goyrand s'aperçoit que chaque contraction utérine fait descendre un peu plus le membre dégagé et la poitrine. Quand l'épaule est arrivée sous l'arcade pubienne, elle y reste arc-boutée. La poitrine continue de descendre, et vient se montrer à la vulve. Chaque douleur soulève davantage le périnée et écarte les bords de la vulve. Enfin, une contraction plus énergique et plus soutenue fait passer successivement au-devant de la commissure postérieure de la vulve la base du thorax, le flanc, la hanche et les membres inférieurs, sans que l'épaule qui est sortie d'abord ait changé de place. Le corps de l'enfant se trouve ainsi tout à l'extérieur, moins la tête, qui est placée comme la deuxième position des pieds (calcanéo-cotyloïdienne droite), et le bras gauche, qui est relevé sur le côté correspondant du cou et de la tête. L'accoucheur dégage ce membre, puis la tête, d'après les règles ordinaires.

L'enfant, du sexe masculin, est né mort, avec le bras et l'épaule qui s'étaient présentés d'abord à l'orifice, tuméfiés et livides. La délivrance présente quelques difficultés. Les placentas sont chatonnés dans une arrière-cavité de l'utérus, qui forme la tumeur sphérique remarquée au-dessus de l'ombilic. La main, glissée dans cette arrière-cavité, dont l'orifice est étroit, extrait l'arrière-faix, qui se trouve décollé. Il existe deux placentas réunis par un chorion commun. Les deux amnios sont distincts. (*Gaz. des hôp.*, février 1844.)

BILE (*Recherches sur la*) *dans la fièvre typhoïde.* Parmi les lésions nombreuses dont tous les observateurs ont constaté l'existence dans la fièvre typhoïde, il en est une, celle du foie et de la bile, dont on s'est le moins occupé. C'est aussi celle sur laquelle un de nos meilleurs praticiens, M. Martin Solon, vient de fixer l'attention. La seule altération de la bile qui ait été constatée dans cette maladie, est sa diffluence. Mais elle en présente d'autres plus profondes et plus importantes, et qui ne doivent pas être négligées par les pathologistes, soit qu'on les examine pendant la durée de la maladie, soit qu'on en constate les propriétés sous l'influence du traitement, soit qu'on en recherche la nature sur les sujets qui ont succombé.

Pendant le cours de la fièvre typhoïde, habituellement remarquable par l'abondance des sécrétions alvines, il est rare que les évacuations soient seulement muqueuses. La matière des vomissements et des garde-robes indique évidemment la présence de la bile. Ces évacuations peuvent être de réaction alcaline, mais on les voit souvent de nature acide qui paraît dépendre autant au moins de la bile que du mucus intestinal altéré. Cette acidité se re-

trouve fréquemment aussi chez de jeunes enfants atteints de coliques; mais dans le cas de fièvre typhoïde ce caractère ne cède pas aussi facilement que dans la colique des enfants traités par l'eau magnésienne. Le désordre de la sécrétion biliaire se reconnait quelquefois encore à la coloration verte que prend l'urine par un excès d'acide nitrique. M. Martin Solon a noté pour la première fois cette réaction en 1841, vers le dixième jour d'une fièvre typhoïde plus que moyenne en intensité. L'enduit jaunâtre de la langue était le seul symptôme bilieux qui existât; le ton de la peau et des yeux n'avait rien d'ictérique. Le malade était depuis plusieurs jours à l'usage de l'eau de Sedlitz, lorsque ses urines donnèrent pendant trois jours, par l'acide nitrique en excès, la teinte verte que nous signalons. Sous l'influence du traitement évacuant, les garderobes passèrent du vert au jaune et s'épaissirent de plus en plus vers l'époque de la convalescence.

L'auteur a eu cette année l'occasion de revoir ce fait deux autres fois sur trente, et quelques cas dans lesquels l'urine a été examinée avec soin. Dans un cas la réaction se manifesta pendant une seule matinée du second septénaire; chez l'autre, le dixième jour seulement. L'urine n'avait qu'une densité de 18,18 à 18,20 et une teinte normale. Pour obtenir la coloration verdâtre, il suffisait d'ajouter peu à peu 5 à 6 grammes d'acide nitrique à 15 grammes d'urine; quelquefois la quantité d'acide nitrique égalait celle de l'urine examinée. Lorsque l'on produit cette réaction, la couche inférieure de l'urine prend la teinte du plus beau vert émeraude et la conserve une partie de la journée. Quelle est la matière qui est ainsi mise à nu par la réaction nitrique? Est-ce la chaléchoïne, ou bien la biliverdine de Berzélius, comme l'avance M. Buisson? L'auteur le croit volontiers, mais il laisse aux chimistes à décider la question.

Les évacuations alvines, dans les premiers jours de la fièvre typhoïde, sont en général séreuses et plus ou moins verdâtres. Si le malade est soumis à l'usage des simples délayants, la teinte verdâtre diminue graduellement et passe à celle du jaune de plus en plus foncé; enfin, la sécrétion s'épaissit chaque jour à mesure que la convalescence approche; et, quand elle est évidente, les excrétions alvines ont repris leur état plus ou moins normal. Il résulte de là qu'en les examinant avec soin tous les jours, on peut connaître utilement la marche de la maladie et avoir un élément important pour établir son pronostic.

Chez les sujets qui ont succombé à la gravité de la maladie, il est rare que la couleur et la consistance de la bile soient normales; le plus ordinairement elle est aqueuse et peu colorée; quelquefois même, profondément altérée dans sa composition; elle est acide et détruit les couleurs bleues végétales à la manière du chlore. M. Martin Solon, dans ce travail remarquable, en cite plusieurs exemples. Il recherche ensuite si on peut rattacher ces altérations de sécrétion à l'étiologie, au pronostic et au traitement de la maladie.

Quant à l'étiologie, l'auteur n'a nullement la pensée de faire de la fièvre typhoïde une affection bilieuse; il veut seulement constater la part que prend cette sécrétion au désordre que la maladie amène dans l'économie; du reste rien ne lui a démontré que cette altération de la bile et sa diffusion aient agi d'une manière spéciale sur l'économie, pour aggraver ou modifier d'une manière quelconque l'intoxication typhoïde. Pour le pronostic, tant que les excrétions sont vertes et aqueuses, la maladie continue à être dans sa période de gravité. On doit, au contraire, espérer de l'amélioration quand elles prennent une teinte jaune. Enfin, lorsqu'elles deviennent à la fois jaunes, épaisses et moins fréquentes, on peut présager qu'une issue favorable sera bientôt évidente. Relativement au traitement, si l'on s'en réfère à l'aphorisme : *Quò natura vergit, eò ducendum*, nul doute, ajoute M. Martin Solon, que les purgatifs ne soient indiqués dans la fièvre typhoïde, où les évacuations alvines sont si souvent abondantes. Les résultats de l'expérience lui ont été, comme à d'autres praticiens, favorables dans beaucoup de cas, et même dans quelques-uns où la nature inflammatoire des symptômes semblait contre-indiquer la méthode et lui faire préférer les antiphlogistiques. Quel est le mode d'action des purgatifs? L'auteur prudemment s'abstient de toute explication; mais leur utilité bien reconnue dans la fièvre typhoïde contribue à démon-

trer que les voies biliaires participent aux lésions multiples de la fièvre typhoïde et qu'elles doivent fixer dans cette maladie l'attention des pathologistes sous le rapport de l'étiologie et du pronostic, tout aussi bien que sous celui des indications thérapeutiques qu'elles peuvent donner.

Tel était le but que se proposait M. Martin Solon dans ce mémoire, empreint de cette couleur véritablement pratique qui caractérise toutes les productions de cet honorable confrère. (*L'Expérience*, 28 février 1844.)

CALCULS BILIAIRES (*Sur les difficultés du diagnostic des*). Les calculs biliaires peuvent déterminer les accidents les plus graves, et la mort même peut en être quelquefois rapidement le résultat. Il est donc important, dans cette affection, d'en reconnaître de bonne heure la nature, afin de s'efforcer d'en arrêter les progrès et d'arriver à en obtenir la guérison. C'est là le but que s'est proposé M. le docteur Fauconneau-Dufresne, dans le travail que nous avons sous les yeux. Suivons-le dans l'exposition des difficultés dont ce diagnostic est entouré.

1° Les calculs ne manifestent pas toujours assez de symptômes pour qu'on puisse être assuré de leur existence. Les symptômes sont très-différents, suivant que les concrétions calculeuses prennent leur origine dans les racines du canal hépatique, c'est-à-dire au sein du parenchyme de la glande, au moment de la sécrétion, ou bien qu'elles commencent à se former dans la vésicule, au milieu d'une bile qui, par le repos, a acquis des propriétés particulières. Dans le premier cas, les concrétions entraînées au moment de leur formation par le cours de la bile, sans avoir le temps de prendre ni volume ni consistance, se trouvant souvent dans un état presque pulvérulent, n'ayant aucune valvule à franchir, et passant successivement dans des conduits d'un calibre de moins en moins petit, ne déterminent que des symptômes vagues dans l'hypocondre droit. Cet état, qu'on a appelé *la gravelle du foie*, en raison de son analogie avec la gravelle des reins, est plus commun qu'on ne le croit généralement, et l'on s'en convaincrait, si l'on pouvait constater ces petites concrétions dans les selles des personnes qui éprouvent des souffrances vagues dans la région hépatique, avec autant de facilité qu'on peut le faire dans les urines de celles qui éprouvent des douleurs de reins.

Cependant, si ces concrétions arrivent à un volume plus considérable, si elles s'accumulent surtout en assez grand nombre pour dilater les conduits, il se manifeste des symptômes plus marqués. Mais la douleur, la fièvre, l'ictère même, sont insuffisantes pour porter un diagnostic certain, plusieurs autres lésions pouvant déterminer ces accidents.

Même insuffisance des symptômes, la plupart du temps, pour les calculs de la vésicule. Légers de leur nature, nageant dans un liquide onctueux, ils n'irritent pas les parois du réservoir qui les renferme, et pendant longtemps aucun signe ne peut venir faire soupçonner leur présence. Lors même que par leur volume, leur irrégularité ou leur nombre, ils déterminent de l'irritation, de l'inflammation, ou même des ulcérations dans la membrane muqueuse, rien ne démontre qu'on a affaire à ces productions. Des altérations peuvent être produites sans que le diagnostic en soit plus avancé. Ce n'est que dans des cas bien rares, que les calculs de la vésicule sont assez gros et assez nombreux pour qu'on puisse percevoir par le toucher ou par l'ouïe, au moyen du sthétoscope, le bruit de collision qui résulte de leur brusque rapprochement.

Le diagnostic devient plus facile lorsque de la vésicule les calculs tendent à passer à travers le canal cystique et le canal cholidoque. Les symptômes sont alors aussi cruels que caractéristiques. Une fois tombés dans le canal digestif, les calculs biliaires ne produisent plus aucun symptôme qui leur soit propre, et l'on ne songerait pas à les chercher dans les selles, sans les douleurs et les autres phénomènes qui ont fait soupçonner leur présence. Cependant ils peuvent obstruer l'intestin grêle et y déterminer tous les signes de l'étranglement; s'engager dans l'appendice cœcale et être l'occasion d'une péritonite; s'accumuler dans le gros intestin, et donner lieu à des efforts de défécation tels qu'on pourrait les comparer à ceux d'un accouchement; mais tout cela n'a rien de spécial et peut être produit par des causes différentes.

2° Les calculs peuvent simuler une autre maladie. L'énumération des erreurs commises à cet égard est fort longue; citons les principales. Les douleurs occupant la région hépatique, l'épigastre, le dos, et s'irradiant vers la région précordiale, l'épaule et le cou, ont été prises pour des douleurs rhumatismales. L'inspection des selles seule a dissipé l'erreur. Selon la remarque de M. Bretonneau, il faut soupçonner l'affection calculeuse du foie lorsque des symptômes de ce genre se manifestent pendant longtemps. Les calculs engagés dans le canal cystique, ou placés dans la vésicule, peuvent simuler une affection chronique de l'estomac et même un cancer de cet organe. L'auteur cite des cas d'erreurs de ce genre.

3° Une autre maladie peut simuler les calculs biliaires. Des coliques hépatiques se sont manifestées dans quelques circonstances où des corps, autres que des concrétions calculeuses, avaient pénétré dans les conduits; ainsi une bile épaissie, dégénérée, de petites concrétions graisseuses, en parcourant ces conduits, des vers en s'y introduisant, peuvent déterminer des symptômes analogues à ceux que produisent les calculs. D'un autre côté, des douleurs de nature nerveuse peuvent faire croire à des coliques calculeuses; et enfin des coliques néphrétiques peuvent exister dans des conditions telles qu'on croit avoir affaire à une rétention de la bile déterminée par des calculs.

Est-ce à dire que ces difficultés de diagnostic des calculs biliaires que nous venons de passer en revue soient insurmontables? Ce n'est point là ce que prétend l'auteur qui, dans un précédent mémoire, a donné les signes à l'aide desquels on peut distinguer leur présence, non-seulement dans l'ensemble des voies biliaires, mais encore dans les diverses parties de celles-ci. Il n'a voulu seulement que prémunir les praticiens contre des chances d'erreur, sans affaiblir la valeur des symptômes véritablement caractéristiques. (*Revue Médicale*, janvier 1844.)

CORPS ÉTRANGER *dans la trachée* (*Observation de*). L'observation qui suit est l'histoire, devenue célèbre, de l'accident arrivé à l'ingénieur français M. Brunel. Voici le fait tel que M. Brodie l'a raconté à la Société médico-chirurgicale de Londres. Le 3 avril, M. Brunel, en jouant après dîner, avec quelques enfants, plaça dans sa bouche un demi-souverain, qui glissa de sa bouche dans le gosier. Il vomit aussitôt les aliments, et fit à plusieurs reprises des efforts qui restèrent inutiles. Les deux jours suivants se passèrent sans accident, de telle sorte qu'il put vaquer à ses occupations ordinaires, et dîner même avec des amis. Le 6, la toux revint; il expectora des mucosités teintes de sang, et éprouva de la douleur au niveau de la bronche droite. Le 9, continuation des mêmes symptômes; le malade sent le corps étranger changer de place. M. Brunel essaya de se placer sur un plan incliné, et il sentit encore la pièce exécuter alors un mouvement; mais un violent accès de toux le força de suspendre cette manœuvre.

Le 21, une consultation eut lieu entre MM. Thombers, Seth Thompson, sir Brodie, Hey et Stanley, qui ne conservèrent aucun doute sur la présence du corps étranger, quoique le sthétoscope n'indiquât aucune lésion dans la respiration. Le 25, on coucha le malade sur une plate-forme rendue mobile par un gond qui la supportait à son centre. Après l'avoir incliné ainsi sous un angle de 90° avec l'horizon, on lui frappa rudement sur le dos, dans le point correspondant à la bronche droite; un violent accès de toux s'ensuivit; mais le demi-souverain ne fut point rejeté. On répéta encore l'expérience; mais la toux et l'oppression devinrent si intenses, qu'on ne jugea pas prudent d'insister plus longtemps.

Le 27, il fut résolu en consultation de faire une incision à la trachée, au-dessous du cartilage thyroïde, et cela dans un double but: d'abord pour essayer l'extraction par cette voie; puis, subsidiairement, en cas d'insuccès, pour que cette ouverture servît comme de soupape de sûreté, afin de rendre la toux et la dyspnée moindres lorsqu'on essayerait de nouveau la position inclinée. L'incision fut donc faite selon ces vues, mais on ne put parvenir à retirer la pièce avec des pinces, et il fallut, après un second essai non moins infructueux, en revenir à la première méthode, à l'attitude penchée. On jugea pourtant convenable de laisser d'abord le patient se remettre de la perturbation qu'avaient

causée les deux tentatives d'extraction.

Enfin, le 13 mai, on fit de nouveau étendre M. Brunel sur la plate-forme, et lorsque l'inclinaison fut portée au degré voulu, on commença à frapper sur le dos avec la main. Au même instant se déclara la toux, et le corps étranger, abandonnant la bronche, vint heurter contre les dents, et fut finalement rejeté par la bouche. Le patient se rétablit très-promptement et sans en éprouver aucun autre accident. (*Gaz. méd. de Paris*, février 1844.)

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE (*Observation d') occupant toute la cavité pleurale droite, guéri par l'emploi de la digitale.* La digitale est peu employée par les thérapeutistes modernes dans les hydropisies, et surtout dans les épanchements de la poitrine. Alibert a formellement nié ses propriétés curatives dans ce dernier cas, et le jugement de ce praticien semble avoir été généralement accepté sans appel. Cependant, il est un certain nombre de faits dans la science qui infirment cet arrêt trop absolu, et les praticiens nos prédécesseurs nous semblent avoir mieux observé les effets de cet agent précieux, qui n'est plus guère employé de nos jours que dans les affections du cœur. M. le professeur Cruveilhier ne partage pas les opinions communes à cet égard ; car nous voyons, dans le récit d'une observation recueillie dans son service, qu'il a employé, et avec un succès très-remarquable, la digitale dans un cas d'épanchement pleurétique très-considérable. Un homme de 36 ans, fort et robuste, est entré à la Charité le 23 décembre 1843. Après un rhume intense, vers le mois de novembre, il fut pris d'une oppression, qui alla sans cesse en augmentant jusqu'à son entrée à l'hôpital ; elle était arrivée au point qu'il ne pouvait plus monter un escalier, sans être obligé de s'arrêter plusieurs fois pour respirer. Du reste, il assure n'avoir jamais eu de douleurs dans les côtés, et il prétend qu'il se couchait indifféremment à gauche ou à droite, sans éprouver plus de gêne dans la respiration. A son entrée à l'hôpital, voici ce que l'on constate : le malade est couché sur le dos; il ne se plaint que de l'oppression; le thorax est bien conformé ; il y a peut-être une légère différence dans les deux moitiés de la poitrine : la résonnance est claire à gauche, complétement mate à droite; dans toute l'étendue de ce côté de la cavité thoracique, absence de bruit respiratoire. Le malade dit avoir maigri, avoir perdu de l'appétit; la face est pâle, étiolée. Il est impossible à cet homme de se livrer au moindre travail.

Les deux premiers jours, le traitement consista en une saignée et des ventouses, un vésicatoire : tout cela sans grands avantages. Les jours suivants, M. Cruveilhier prescrivit l'usage d'une macération de digitale, 4 grammes pour 160 grammes d'eau distillée. Dès le lendemain de l'usage de ce médicament, la matité avait diminué d'un tiers à peu près. Le malade a uriné quatorze à quinze fois dans la nuit. Dix-neuf jours après, le médicament ayant été continué, l'oppression a disparu; la résonnance du thorax est encore moindre à droite qu'à gauche ; mais ce phénomène tend évidemment à disparaître. L'appétit renait : le malade est en convalescence. (*Gaz. des Hôp.*, février 1844.)

ÉRYSIPÈLE (*De la nature et du traitement de l'*). La constitution médicale régnante en ce moment favorise singulièrement le développement des maladies cutanées, et notamment de l'érysipèle, dont les hôpitaux nous offrent de nombreux exemples. En général, la thérapeutique suivie par quelques chirurgiens nous a paru subordonnée aux idées théoriques qu'ils professent sur la nature et sur le siége de la lésion anatomique, qui, pour eux, constitue l'élément principal de la maladie; M. Blandin surtout est dans cette voie, et l'opinion qu'il a développée dans ses leçons nous a paru mériter de fixer l'attention des praticiens, d'autant mieux que les faits ont paru lui donner raison. Pour cet habile chirurgien, l'érysipèle est une maladie complexe à deux éléments inflammatoires, l'un cutané, l'autre lymphatique; l'inflammation lymphatique préexiste toujours à l'inflammation cutanée. M. Blandin ne se contente pas de cette première distinction; il va plus loin, et en établit une seconde basée sur la prééminence de l'une ou de l'autre de ces phlegmasies : ainsi, dans l'érysipèle de cause interne, c'est l'inflammation de la peau qui prédomine; c'est, au contraire, celle des vaisseaux lym-

phatiques qui aurait le dessus dans l'érysipèle de cause externe. Par quel procédé M. Blandin est-il parvenu à saisir de la sorte et à mesurer, pour ainsi dire, la part que chacun des deux éléments, lymphatique et cutané, peut prendre dans le fait morbide dont il s'agit; c'est ce que nous avouons ne pas comprendre aisément. Quoi qu'il en soit, pour M. Blandin, c'est l'inflammation lymphatique qui caractérise l'érysipèle traumatique, inflammation d'autant plus grave, qu'elle a une grande tendance à se propager en suivant la voie de la circulation. Comme preuve de sa théorie, l'auteur fait observer qu'au début et avant l'apparition de la rougeur érysipélateuse, les ganglions où viennent se rendre les vaisseaux lymphatiques de la partie où l'érysipèle tend à se manifester, présentent un engorgement douloureux à la pression. Puis, ce sont des traînées rouges qui se rendent à ces mêmes ganglions; l'érysipèle, à son tour, marche surtout dans le sens du trajet des vaisseaux lymphatiques; à la suite de l'érysipèle, souvent il survient plus tard un gonflement de la partie où il a siégé, qui prouve que la circulation de la lymphe est gênée. A ces considérations qu'il donne à l'appui de sa manière de voir, M. Blandin ajoute encore un argument déduit de la thérapeutique qu'il met en usage et dont il aurait fort à se louer.

Cette thérapeutique, nécessairement prescrite par la théorie que nous venons d'exposer, consiste à appliquer les antiphlogistiques, les sangsues, non sur le point érysipélateux lui-même, mais au-dessus, le long des vaisseaux lymphatiques, et plus particulièrement sur les ganglions eux-mêmes : ainsi, dès qu'un malade affecté de plaie accuse des frissons, de l'inappétence, des envies de vomir, de la soif, et qu'il présente un mouvement fébrile, il examine avec soin les environs de la plaie, et s'il y trouve un peu de rougeur, ou seulement un peu d'engorgement des ganglions voisins, il fait immédiatement appliquer sur ces derniers un nombre plus ou moins considérable de sangsues. Souvent la maladie est enrayée sur l'heure, et c'est à peine si quelques lignes rouges se sont manifestées sur le trajet des lymphatiques. Dans l'intervalle des sangsues, on applique sur les ganglions des cataplasmes émollients. Nous terminerons l'exposé de ce mode de traitement en rapportant quelques faits tels qu'ils sont cités par l'auteur lui-même. Au n° 1 de la salle Saint-Jean, est un homme affecté d'une plaie fortement contuse de la région sourcilière. Il s'est développé un érysipèle très-grave de toute la face, qui n'a cédé qu'après plusieurs applications de sangsues sur les ganglions lymphatiques sous-maxillaires engorgés. Au n° 21 de la même salle, est un homme chez lequel est survenu un érysipèle à la suite d'incisions sur le genou. Le mal a envahi presque toute la cuisse et une partie de la jambe. Les ganglions lymphatiques de l'aine étaient fortement engorgés, et l'on a appliqué sur eux, à trois reprises différentes, un grand nombre de sangsues; en sorte qu'aujourd'hui on est maître de la maladie, qui est presque éteinte. Au n° 25 de la même salle, développement d'un érysipèle grave de la face, à la suite d'une ophthalmie; disparition de la maladie après plusieurs applications de sangsues sur les ganglions sous-maxillaires. Au n° 12 de la salle Saint-Paul, développement d'un érysipèle de la face chez une femme, à la suite d'une plaie de la joue et de l'aile du nez. Trois applications de sangsues ont triomphé de la maladie. (*Gazette des Hôpitaux*, février 1844.)

EXOSTOSE *de la seconde vertèbre cervicale.* Cette observation n'offre d'intérêt que par le défaut de rapport entre la gravité de la lésion et le peu de gravité des phénomènes morbides, et, sous ce point de vue, elle pourrait être rapprochée avec assez de raison de celle qu'a rapportée Rullier, et dans laquelle, bien qu'il ne restât qu'une petite portion de l'épaisseur de la moelle cervicale, cependant les mouvements avaient été intégralement conservés.

Chez le sujet de l'observation du docteur Reid, les seuls symptômes qui furent observés pendant les huit ou neuf mois que dura la maladie furent des douleurs dans les membres supérieurs et inférieurs, dans les reins, dans les épaules, dans le cou, et pour lesquelles il fut traité pendant quelque temps comme atteint de rhumatisme; puis, la maladie ayant été reconnue, le cautère actuel fut appliqué au col, mais sans aucun résultat avantageux pendant les deux

mois qui suivirent et à la fin desquels il fut enlevé par le typhus.

A l'autopsie, on trouva la moelle épinière comprimée à la partie cervicale par une exostose de forme conique, longue d'environ un tiers de pouce, et fournie par la partie postérieure de la racine de l'apophyse odontoïde. Cette exostose avait produit une dépression marquée au centre de la moelle épinière, immédiatement au-dessous de l'entre-croisement des corps pyramidaux. En incisant la moelle sur ce point, on constata que toute la partie centrale y était transformée en une pulpe molle et d'un brun rougeâtre. La seule partie de la moelle qui restait saine était une couche mince sur la partie latérale, variant d'épaisseur sur différents points, mais n'ayant pas plus d'une ligne sur plusieurs. Le malade avait pu se lever pour aller à la garderobe pendant le typhus auquel il a succombé. (*Journ. des Conn. méd.*, février 1844.)

FISTULE STERCORALE A L'OMBILIC (*Observation de*) *résultant de l'ouverture d'un diverticulum.* La vésicule ombilicale communique, dans les premiers temps de la vie intra-utérine, avec l'intestin ; et il arrive parfois que le petit canal de commmunication persiste, s'agrandit, et donne lieu à ces prolongements que l'on appelle *diverticulum.* Or, il peut arriver qu'un de ces prolongements soit le siége d'une fistule stercorale après la chute du cordon : c'est ce qui avait lieu dans les deux cas suivants, rapportés par M. W. King.

Obs. 1.—Un enfant de 4 mois avait, par l'ombilic, un écoulement de matière verdâtre, qui s'était montré immédiatement après la chute du cordon. On employa d'abord, sans succès, le chlorure de zinc; ensuite on fit une incision ovalaire pour rafraîchir les bords de l'ouverture, et on réunit au moyen de la suture entortillée; la cicatrisation et la guérison de la fistule furent obtenues en quelques jours.

Quelque temps après, le petit malade succomba à une autre affection, et on trouva un diverticule de l'intestin grêle, long de 3 pouces, adhérant à la partie postérieure de l'ombilic.

Obs. 2. — Un autre enfant présentait, huit jours après la naissance, un fongus de la région ombilicale que l'on attribuait à des tractions immodérées faites par la nourrice sur l'extrémité du cordon. Ce fongus fut enlevé en quelques jours par les caustiques ; les liquides du canal intestinal commencèrent à s'écouler par l'ombilic ; puis, une bronchite étant survenue, on vit, dans les accès de toux, une portion d'intestin poussée au dehors, et laissant passer les matières par une ouverture à son extrémité. Plus tard, la cicatrisation survint spontanément ; mais au bout d'un an, l'enfant mourut d'une maladie de poitrine. L'autopsie permit de constater qu'un diverticule, placé environ à un pied et demi au-dessus du cœcum, s'étendait de la convexité de l'intestin grêle à l'ombilic auquel il adhérait fortement. (*Arch. gén. de méd.*, février 1844.)

FRACTURE INCOMPLÈTE *des os longs chez les enfants* (*Mémoire sur la courbure accidentelle et la*). S'il fallait juger de la lésion des os dont il est ici question, par ce qui en a été dit dans la plupart des auteurs classiques, on serait fort embarrassé de déterminer son degré de fréquence, et on pourrait même douter de la réalité de son existence si l'on se réglait sur l'ouvrage de Boyer dans lequel il n'en est nullement fait mention : pourtant cette variété de fracture est loin d'être aussi rare qu'on pourrait le croire *à priori.* Les écrivains du quinzième siècle l'avaient parfaitement reconnue; des travaux modernes s'en sont spécialement occupés, et M. le docteur Thore, qui a soin de rappeler les faits transmis par ses devanciers, vient d'enrichir la science d'observations neuves et intéressantes sur le même sujet; mais pour reprendre les choses à leur point de départ, nous dirons que Lanfranc a consacré à cette lésion un chapitre tout entier intitulé *de Plicaturâ ossium in pueris.* Guy de Chauliac parle de la fracture incomplète des os d'après Lanfranc, et on trouve dans le treizième livre d'Ambroise Paré le passage suivant, qui prouve que ce célèbre chirurgien avait observé la courbure accidentelle des os. « Aucunes fois les os se courbent sans estre rompus; comme l'on voit aux côtes et aux cartilages, et aussi aux bras et jambes, principalement aux ieunes qui ont les os encore mols et tendres : aucunes fois aussi les os se cavent et se bossellent comme l'on

voit aux pots d'étain et de cuivre, on voit souvent advenir au crâne, par contusion, de ceux qui ont les os tendres.» Depuis l'époque de Paré jusqu'aux travaux les plus récents, on a successivement accepté et nié la possibilité de cette lésion ; Boyer la niait positivement; mais avant lui Duverney, puis J. L. Petit, l'avaient démontrée par des faits; disons cependant que ce dernier ne l'admettait que pour les os larges, ceux du crâne, du bassin et de l'omoplate. Quoi qu'il en soit, de nombreuses observations ont aujourd'hui mis hors de doute les fractures incomplètes des os longs aussi bien que des os larges; c'est ce qui ressort bien clairement de l'énumération fort exacte qu'en a faite M. Thore dans son excellent mémoire, où nous trouvons la relation de faits intéressants qui lui sont propres, et parmi lesquels nous croyons utile de choisir le suivant. *Obs.* R..., jeune garçon, âgé de huit ans, d'un tempérament assez vigoureux, tomba de dessus un tas de paille élevé à sept pieds au-dessus du sol, sur un trou étroit et assez profond, de manière que son bras placé en travers soutint tout le poids du corps qui était poussé avec violence; immédiatement il y eut douleur vive et déformation de l'avant-bras.

M. Thore père, qui vit presque aussitôt le malade, trouva l'avant-bras droit courbé un peu au-dessous de la partie moyenne et présentant une forte concavité antérieure; en arrière on sentait une saillie arrondie, sans la moindre inégalité; point de crépitation appréciable. Des efforts faits avec lenteur et modération permirent de rendre au membre sa rectitude naturelle. Par précaution le chirurgien appliqua l'appareil ordinaire de la fracture de l'avant-bras, et le maintint pendant trois semaines environ; au bout de ce temps le membre était parfaitement droit, et n'offrait aucune trace de cal. Deux mois après, nouvelle chute sur la paume de la main droite, nouvelle courbure de l'avant-bras. L'auteur, cette fois, vit le malade avec son père, et ensemble ils constatèrent les mêmes symptômes que lors du premier accident. La réduction fut facile; l'appareil fut laissé pendant un mois. Depuis, M. Thore a souvent revu le malade, son avant-bras parfaitement droit n'offre aucune saillie, aucune déformation. (*Archiv. génér. de méd.*, février 1844.)

FIÈVRE PUERPÉRALE (*Sur le traitement de la*). Tant de traitements divers ont été préconisés contre la terrible maladie qui frappe les femmes en couches, dit M. Maigne, auteur de cet article, ils ont été si souvent infructueux, que beaucoup de praticiens, en présence de ces accidents formidables, tombent dans le découragement, et emploient tel ou tel traitement en usage, sans y attacher d'autre importance que celle de ne point paraître laisser la malade périr sans secours. Ce découragement n'est peut-être que trop fondé dans les cas d'épidémies qui viennent désoler les hôpitaux où sont rassemblées les femmes en couches; mais quand les femmes sont isolées, M. Maigne croit que, quelle que soit l'intensité des symptômes, on peut trouver, dans les agents thérapeutiques connus, de quoi les combattre avec avantage. Seulement, dans une affection aussi fâcheuse, qui compromet la vie à l'instant même qu'elle éclate, il faut sur-le-champ déployer toutes les ressources que peut offrir la médecine; il faut poursuivre la maladie avec la même rapidité qu'elle marche. Mais, quel est le traitement le plus rationnel? Voici, en action, celui proposé par M. Maigne, dont il a obtenu un succès fort remarquable dans l'observation dont nous allons présenter les principaux détails.

Une dame de 24 ans, après avoir éprouvé divers accidents pendant sa grossesse, accouche au huitième mois, après trente-six heures d'un travail pénible. Après l'accouchement, point de calme; les douleurs utérines persistent et se propagent dans le flanc gauche; les vomissements, qui avaient commencé vers la fin du travail, redoublent de fréquence; matières vomies de couleur brunâtre. Dans la journée, la douleur, qui paraissait circonscrite à gauche, se propage dans toute l'étendue de l'abdomen qui se météorise presque immédiatement; la moindre pression fait pousser les hauts cris; les vomissements se répètent à chaque instant; le pouls se concentre, devient très-faible, filiforme et fréquent; les traits de la face s'altèrent; la malade pousse sans cesse des cris plaintifs. On prescrit trente sangsues sur le ventre; les piqûres coulent abondamment pendant la nuit. Toute espèce de boisson est vomie; la glace seule n'est pas rejetée; les cataplasmes, les fomenta-

tions sur le ventre, ne peuvent être supportés ; physionomie profondément altérée, yeux excavés, respiration accélérée et embarrassée, langue rouge, sèche, râpeuse, peau brûlante, chaleur mordicante. La nuit est fort agitée, lochies entièrement supprimées, seins affaissés, urines rares, pas de selles. Cinquante centigr. de calomel en cinq doses à une heure d'intervalle. Le lendemain, accidents plus graves. Appelé par le médecin de la maison, M. Maigne prescrit : 1° injections vaginales laudanisées, aussi chaudes que possible ; 2° frictions mercurielles ; 3° lavements laudanisés, souvent répétés ; 4° succion des seins avec une pipe de verre ; 5° potion, un décigramme d'extrait d'opium pour cent vingt-cinq grammes de véhicule ; pour boisson, des fragments de glace. Ces divers moyens seront renouvelés fréquemment, avec une grande persévérance. Sous l'influence de cette médication, le lendemain, légère amélioration ; développement des glandes mammaires, écoulement par le vagin d'un peu de sérosité sanguinolente, diminution dans le météorisme, douleurs moins fréquentes et moins vives. Cette amélioration continue et augmente les jours suivants, et, le quatrième jour, la malade entre en convalescence.

Dans cette observation, deux moyens nous paraissent nouveaux, les injections opiacées vaginales à une température élevée, la succion et l'irritation des glandes mammaires. (*Journ. de Méd.*, mars 1844.)

GASTRALGIE (*Observation de*) *prise pour une gastrite.* Depuis les beaux et importants travaux de M. le docteur Barras sur les gastralgies, les observations analogues à celle que nous allons reproduire, et que nous devons à M. le docteur Guepratte, deviennent, fort heureusement, de plus en plus rares. Cependant, à titre d'utilité, les exemples doivent être encore remis sous les yeux des praticiens, et c'est ce qui nous engage à leur exposer le récit suivant : Une dame de trente-six ans, d'une constitution sèche, nerveuse, mariée depuis longtemps, et mère de quatre enfants, ressent, en mars 1840, de la gêne, de l'embarras, des tiraillements dans la région épigastrique ; elle digère lentement et péniblement ; elle est constipée. Son malaise le plus grand se montre dès que s'achève le travail digestif de l'estomac ; il s'apaise pendant le repas, reprend de l'acuité au début de la digestion ; puis il se calme, revient, pour disparaître encore. Il n'y a eu aucun moment de réaction générale ; la peau a une fraîcheur constante. La malade ne sait à quoi attribuer son indisposition. Elle vit quelques mois dans cet état, buvant de l'eau d'orge, mangeant de la gomme, prenant des lavements émollients. Elle mande son médecin. Il la trouve inquiète, agitée ; le pouls est régulier, normal, la chaleur naturelle, la langue humide, large, épanouie, la soif faible, la constipation opiniâtre, l'épigastre insensible à la pression. A ces symptômes, il diagnostique *une gastrite*, et applique des sangsues, qu'il répète, à plusieurs reprises, dans un court intervalle ; d'une extrême sévérité pour le régime, il compose son repas de riz, de bouillies, de fécules, de laitages, défend le poulet, le poisson même et les œufs ; il prescrit enfin des cataplasmes de farine de graine de lin, de l'eau gommée sucrée, des lavements huileux. Quelques jours après, les souffrances sont moindres, on croit au succès. Mais, hélas ! cette amélioration ne doit être qu'éphémère, et elle est un des symptômes bizarres de l'affection nerveuse qu'on méconnaît. Après cette débilitation, à a plus faible impression, agréable ou désagréable, les tiraillements de l'estomac se réveillent ; ce sont bientôt des douleurs déchirantes, accompagnées et suivies de rapports aigres, de flatulences ; le creux des mains se couvre de sueur ; la tête est pesante, douloureuse dans la région frontale ou sous-orbitaire ; les lavements ne sont point rendus, ou amènent de loin en loin des matières endurcies, calcinées. A ce surcroît de symptômes, le docteur reconnaît toujours une inflammation de la muqueuse stomacale, et ses prescriptions ne sortent pas du cercle tracé plus haut. Plus il met de persistance dans ces moyens, plus il voit de persistance du côté de la maladie : la nature l'éclaire, il ferme les yeux obstinément. Après une lutte de plus d'un an, la malade devient grosse ; dès ce moment, chose étrange ! l'état général s'améliore, les fonctions se régularisent, la constipation cède complétement, et, jusqu'à l'accouchement, la santé est parfaite. Elle veut allaiter son enfant ; le cortége

des douleurs gastralgiques reparaît, et la contraint de changer de résolution. Le médecin la remet au traitement qui a été si longtemps pernicieux ; il poursuit le mieux, le mieux échappe à sa poursuite obstinée. Il ne change rien au régime débilitant, à la médication antiphlogistique; il pose des vésicatoires au bras, sur la poitrine, à l'épigastre. Tout continue à être plus nuisible qu'utile ; les règles, dont le retour s'est fait régulièrement jusque-là, retardent, deviennent pénibles, rares, se suspendent ; le cœur bat tumultueusement au moindre bruit, à la moindre crainte. Dix à douze mois s'écoulent, le médecin désespère, croit à une lésion organique ; la malade perd courage, et, malgré la haute confiance que lui inspirait le talent de son médecin, elle ne veut plus de ses conseils, et fait appeler M. Guepratte, le 22 novembre 1842. La nuit précédente s'est passée sans sommeil, l'épigastre est le siége d'une douleur indéfinissable, qui se prolonge jusqu'au milieu du dos. La tête n'a pas de position; la constipation est invincible; la langue est bonne, humide, sans rougeur; les traits sont tirés par l'insomnie.

M. Guepratte sèche les exutoires, il change le régime, il modifie le traitement : le mieux ne se fait pas attendre. Voici un résumé succinct de ses prescriptions : bouillon de poulet, œuf ou poisson, jamais de fécules, jamais de laitage. Quinze jours après : bouillon de bœuf, poulet rôti, puis viandes noires, un doigt de vin généreux, infusion de menthe. Le premier mois, aloès, 2 décigrammes en pilules; à l'aloès, au bout de ce terme, il substitua les pilules suivantes :

Prenez,

Assa-fœtida.	1 gram.
Extrait de valériane. . .	1
Thridace..	1
Limaille de fer.	2
Savon crotonique de Cavento u.	3

pour quarante-huit pilules. Trois par jour.

Le 1er février, la guérison est parfaite. Le rétablissement ne s'est point démenti. (*Journ. des Conn. méd.-chir.*, mars 1844.)

HÉMORRHAGIES UTÉRINES (*De la compression de l'aorte dans les*). La compression de l'aorte n'est pas utile seulement pour suspendre l'hémorrhagie, elle est encore indispensable pour prévenir le retour d'une syncope mortelle, presque toujours inséparable d'une perte trop abondante. Telle est la principale idée d'un travail publié par M. le docteur Vial, de Saint-Étienne, idée pratique extrêmement sage et qu'il appuie de quelques faits fort intéressants. Après une hémorrhagie utérine grave, sans négliger les autres moyens, il faut surtout insister sur la compression aortique. Il faut l'exercer, dit-il, d'une manière permanente, immédiatement et longtemps après la délivrance, jusqu'à l'entière disparition des accidents, jusqu'au retour suffisant des forces ; il faut la maintenir quand bien même la matrice est contractée, quand bien même le sang a cessé de couler. La compression n'est pas utile alors pour l'arrêter, mais pour l'empêcher d'arriver dans la moitié inférieure du corps et le retenir dans la moitié supérieure. Les malades, en effet, ont perdu une quantité considérable de sang; le peu qui reste est insuffisant pour remplir le système artériel tout entier. Il est dès lors impuissant à exercer et à entretenir sur les divers organes de l'économie et sur le cerveau spécialement le degré de stimulation nécessaire à la vie. Dans ce cas, comprimez l'aorte; vous priverez de sang, il est vrai, les régions sous-diaphragmatiques, tout est pour celles qui sont au-dessus; mais au moins le cerveau, convenablement stimulé, réagit avec succès sur tous les organes soumis à son influence. Pour avoir méconnu cette idée, M. Vial a vu périr entre des mains habiles une dame dans la force de l'âge, grande, bien constituée, enceinte de son quatrième enfant, et chez laquelle l'insertion du placenta sur le col avait déterminé, comme toujours, une perte effrayante. La délivrance opérée, la matrice revint rapidement sur elle-même : le sang coulait à peine, et pourtant les défaillances étaient continuelles; elles disparaissaient sous l'influence de la compression de l'artère. La malade disait alors revenir à la vie : malheureusement l'emploi de ce moyen ne fut pas continué avec assez de persévérance; on ignorait cette impérieuse nécessité, et la mort en fut la conséquence déplorable. Plus d'une fois depuis, l'auteur a eu à se féliciter des heureux résultats qu'il a obtenus. Il y a peu de jours, ajoute-t-il, mal-

gré ses conseils, un jeune médecin, témoin pourtant des succès de cette pratique, en négligea l'application soutenue parce qu'un confrère qui l'assistait, plus ancien que lui, l'avait jugée inutile après la cessation de la perte. La femme en fut la victime, et son jeune confrère lui exprimait, peu de temps après, ses regrets les plus amers. — Cette manière d'agir, malgré sa simplicité, n'est indiquée nulle part. (*Jour. de méd. de Lyon*, février 1844.)

INFECTION (*De l'*) *considérée comme principe de la contagion de plusieurs maladies*. Il résulte de ce travail, publié par M. le docteur Audouard, que plusieurs maladies contagieuses tirent leur origine de l'infection, et quel'infection est d'autant plus propre à engendrer la contagion, qu'elle est, par sa nature, plus en rapport avec la nature même des individus. L'auteur en donne deux grandes preuves : l'une, par l'infection des bâtiments négriers, qui, née de l'homme noir, devient une maladie, la fièvre jaune, transmissible à l'homme blanc; l'autre, par l'infection des hôpitaux, qui se convertit également en une maladie, le typhus, qui, né de l'homme, se transmet aux individus de la même espèce. Dans ces circonstances, le corps humain élabore les éléments morbifiques, qui, par cette élaboration, se convertissent en un être morbifique, ou germe susceptible de passer et de se développer dans un individu de la nature de celui qui lui a donné naissance. C'est ce que M. Audouard appelle aptitude à engendrer, à recevoir et à transmettre les virus, et voilà aussi comment l'infection est le principe de la contagion de plusieurs maladies.

D'après l'auteur, si l'on se persuade bien cette vérité, on sentira toute l'importance qui y est attachée, puisqu'on aura un guide plus sûr dans l'étude des grandes épidémies et dans l'application des règles de l'hygiène publique. De là, une réforme dans les mesures à prendre; et, sans partager l'opinion des hommes qui veulent que l'on supprime les barrières opposées jusqu'à ce jour à quelques maladies réputées contagieuses, l'auteur dit aujourd'hui, comme il l'a dit ailleurs en 1822, « que l'on raisonnera un jour sur les lois sanitaires qui nous régissent, comme nous raisonnons nous-mêmes sur ce qui atteste à nos yeux l'ignorance des siècles passés. » Ces lois, dictées par la terreur qu'inspira l'épidémie de Barcelone, doivent être modifiées. (*Revue médic.*, février 1844.)

MALADIES PÉRIODIQUES (*Considération et observation touchant quelques*). Les observations analogues à celles que vient de publier M. Cazenave, de Bordeaux, ne sont pas très-rares dans la science. L'auteur rapporte d'abord l'histoire d'une *conjonctivite annuelle* qui, depuis cinq ans, se renouvelait à une époque fixe, au commencement du printemps. La sixième année, quelque temps avant l'époque présumée de l'invasion, M. Cazenave prescrivit 60 centig. de sulfate de quinine, d'abord tous les trois jours, et puis toutes les vingt-quatre heures, et la conjonctivite ne se manifesta pas ni cette année, ni les années suivantes, où les mêmes précautions furent prises. Puis vient l'histoire d'une *ophthalmie* revenant toutes les trois semaines chez un homme de trente-deux ans, qui revenait à jour fixe, et dont aucune médication n'avait pu le débarrasser. 10 grains de sulfate de quinine par vingt-quatre heures, donnés pendant les cinq jours qui précédaient le retour de l'ophthalmie, et quelques grains du même sel, par vingt-quatre heures aussi, donnés pendant quatre autres jours, à doses décroissantes, suffirent pour guérir le malade, qui n'a pas eu depuis le plus petit ressentiment de son affection. Vient ensuite l'histoire d'un *vomissement annuel et hebdomadaire* chez un enfant de treize ans; ce vomissement, survenu d'abord sans cause appréciable, dura vingt-huit à trente heures, cessa ensuite pour reparaître huit jours après, et ainsi de suite pendant quatre semaines. Le sulfate de quinine en fit justice; mais l'année suivante, à pareille époque, mêmes accidents, qui furent pareillement enrayés par le même moyen. Ils n'ont pas reparu les années suivantes. L'auteur termine par l'histoire d'un *éternuement et coryza annuels*, suivis de la phlegmasie successive de plusieurs membranes muqueuses. Le sujet est un homme de trente ans, lymphatique, faisant peu d'exercice, jouissant habituellement d'une bonne santé, qui est pris tous les ans, vers la fin d'avril, mais seulement hors

de chez lui, et lorsqu'il est exposé à l'action d'une vive lumière, d'éternuements violents et répétés, accompagnés d'un coryza très-intense avec écoulement d'un liquide incolore, limpide, filant avec abondance, d'enchifrènement, de larmoiement et d'une céphalalgie douloureuse; cet état ne dure pas plus de deux ou trois jours, et s'améliore au fur et à mesure que la phlegmasie envahit d'autres membranes muqueuses. C'est ainsi que, dans l'espace de trois semaines, le malade a successivement une pharyngite, une laryngite, une trachéite, une bronchite, une entérite et une colite aiguës à courtes périodes; une diarrhée très-abondante termine la maladie. Le traitement suivi jusqu'ici, et dans lequel la quinine n'est pas entrée, n'a pas modifié cet état des choses. (*Bul. méd. de Bordeaux*, mars 1844.)

MATRICE (*Considérations sur le traitement de quelques affections de la*). M. le docteur Arnal, auteur du travail que nous avons sous les yeux, a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (août 1843) un bon mémoire sur l'emploi du seigle ergoté dans quelques affections de matrice. Il a donné depuis un plus grand développement à ce travail, et c'est sur les points qui n'avaient pas été traités dans l'article publié par ce journal que nous désirons aujourd'hui appeler l'attention des praticiens. Parmi les divers moyens employés pour combattre certaines affections de l'utérus, l'auteur passe en revue les saignées, les sangsues et le repos au lit. Analysons rapidement ses opinions à cet égard.

Les saignées dégorgent sans doute la matrice, mais le résultat a moins de persistance et d'efficacité pour elle, en raison de sa spécialité de son organisation. La menstruation, en effet, attire tous les mois un raptus sanguin vers cet organe, et comme il est impossible d'obtenir, entre deux époques menstruelles, la disparition d'un engorgement actuellement existant, chaque époque augmentant toujours un peu cet engorgement, il résulte de là qu'on est obligé de revenir très-souvent à l'emploi du même moyen, qui est loin d'être innocent en lui-même. La soustraction d'une quantité considérable de sang peut amener l'épuisement à la suite; et, pour une légère amélioration qu'on produit à l'utérus, on appauvrit tous les organes. L'auteur convient toutefois que les saignées à doses fractionnées, prescrites par M. Lisfranc, après chaque époque, produisent généralement de bons résultats, et que c'est un service réel rendu à la thérapeutique des maladies de matrice.

L'application de sangsues au col de l'utérus, vantée par quelques praticiens, n'a jamais produit, entre les mains de M. Arnal, que des résultats fâcheux. Il résulte de ses observations que le moyen augmente l'engorgement utérin plus souvent qu'il ne le diminue, et que, trois fois sur vingt, il est suivi d'une hémorrhagie sérieuse. Dans deux cas même, l'hémorrhagie a été si abondante et si opiniâtre, que les astringents ordinaires n'ont pas pu s'en rendre maîtres, et qu'il a fallu recourir au tamponnement, avec grand dommage pour l'organe malade. Cinq fois sur vingt, l'époque menstruelle s'en est trouvée dérangée; sept fois, plusieurs morsures se sont enflammées et se sont transformées en ulcérations opiniâtres qui ont longtemps résisté à un traitement approprié. Ces faits paraissent suffisants pour légitimer le blâme que l'auteur adresse à ce moyen.

Le repos prolongé au lit est un des moyens auxiliaires sur lequel quelques médecins ont beaucoup compté; mais M. Arnal trouve qu'on en a étrangement abusé. « Nous connaissons des malades, dit-il, que des praticiens en renom ont condamnées, pendant dix mois consécutifs, à l'emploi de ce moyen! Dix mois de repos absolu! dix mois de séquestration! Quel supplice! N'est-ce pas, franchement, payer un peu cher un résultat d'ailleurs fort douteux? » L'auteur trouve en effet que c'est une violation aux lois les plus essentielles de l'hygiène que de tenir une femme dans un isolement complet et livrée tout entière aux exagérations de son imagination, que de lui laisser toujours respirer le même air, la priver d'exercice. Il pense que la chaleur du lit concentrera le sang vers les parties inférieures, et par cela même produira un effet opposé à celui qu'on attendait du traitement. En outre, le décubitus, longtemps prolongé sur le dos, lui a paru avoir l'inconvénient de disposer au renversement antéro-postérieur du corps de la matrice. L'auteur cite

deux observations de deux femmes qui, avant de se soumettre au traitement, avaient cet organe parfaitement en place, sauf un léger abaissement, et qui ont eu, à la fin, un renversement très-prononcé.

M. Arnal, découragé par l'insuccès des moyens généralement recommandés, chercha une autre médication et expérimenta le seigle ergoté. Nous ne reviendrons pas ici sur les résultats fort remarquables qu'il a obtenus de ce moyen, et qui ont été exposés dans ce journal (août 1843, tome 25e, p. 89). Dans le mémoire actuel, l'auteur rapporte vingt observations, dont la plupart sont fort concluantes en faveur de l'administration du seigle ergoté dans les engorgements et les ulcérations simples du col de l'utérus. (*Mémoire sur le traitement de quelques affections de la matrice par l'emploi de l'extrait aqueux de seigle ergoté*, par le docteur Arnal, Paris, 1843.)

MONÉSIA. (*De l'emploi du*) *dans la chlorose.* Il en est du monésia comme de tous les médicaments nouvellement introduits dans la matière médicale. Préconisés d'abord pour un usage restreint et spécial, leurs vertus ne tardent pas à se multiplier et leur usage à s'étendre de telle sorte, que c'est souvent une affaire de mode et de fantaisie, et que l'on peut souvent répéter avec un médecin homme d'esprit, et à propos d'un grand nombre de médicaments : Profitons-en pendant qu'ils guérissent. C'est aujourd'hui un peu le tour du monésia. Donné d'abord comme astringent et tonique, nous l'avons déjà vu vanté comme antipériodique; le voici préconisé par M. le docteur Riffaut comme antichlorotique. Cette sorte de prétention de la part du monésia nous paraît avoir peu de chances de succès; la thérapeutique de la chlorose est heureusement fixée et bien fixée, et nous ne croyons pas que le fer, un de nos rares et peut-être le plus puissant et le plus constant de nos spécifiques, ait à redouter, dans le traitement de la chlorose, aucune espèce d'usurpation. D'ailleurs, les faits invoqués sont-ils de nature à faire partager les convictions de M. Riffaut? nous ne saurions le croire. Ce n'est d'abord qu'un seul fait ; il est relatif à une dame de 29 ans, dont la santé depuis six ans avait été en déclinant. L'auteur n'indique pas autrement les symptômes présentés par cette dame. A son arrivée, il trouva la face d'un pâle jaune et infiltrée, les lèvres pâles, les gencives molles, blanches, se décollant des dents, qui sont couvertes de tartre et branlantes. Elle accusait des palpitations fréquentes; le pouls était faible, filiforme. (Rien sur l'auscultation du cœur et des carotides.) Deux ou trois fois par jour elle tombait en syncope; la menstruation était supprimée depuis deux ans. Irascibilité dans le caractère, qui produisait souvent un accès hystériforme. On avait prescrit successivement l'exercice, les bains froids, les vins généreux, les préparations de quinquina, le fer sous toutes les formes, et cela sans succès. L'auteur se décida à tenter l'extrait de monésia. Il l'administra à la dose d'un décigramme et demi, en augmentant graduellement jusqu'à deux décigrammes et demi. A partir de ce moment l'état de la malade s'améliora, et six mois après tout traitement devenait superflu. Elle eut cependant, seize mois après, une récidive qui, d'abord traitée par les moyens ordinaires, céda de nouveau à l'emploi du monésia.

Evidemment, d'après cette description, il est permis d'élever quelques doutes sur la nature de la maladie et, partant, sur les propriétés nouvelles que l'on voudrait attribuer au monésia. (*Journal des Conn. méd.-chirurg.*, mars 1844.)

NÉVRALGIES (*Recherches sur les*) *et leur traitement.* Le traitement mis en usage dans les huit observations rapportées dans ce mémoire par M. le docteur Hermel, est l'électro-puncture, moyen déjà préconisé par quelques praticiens, et rejeté par d'autres. Ces observations sont relatives à des névralgies très-variées par leur siége; en voici l'exposé très-sommaire : névralgie traumatique du nerf lombo-sacré et du nerf petit sciatique, datant de cinq mois, guérie par huit applications de l'électro-puncture ; névralgie du nerf péronien du côté droit, datant de quinze jours, douleurs continues, redoublement la nuit, mouvements convulsifs; traitement pendant huit jours par les vésicatoires, soulagement, mais impossibilité de marcher sans bâton; première application de l'électro-puncture, plus de douleurs pendant la nuit, amélioration sensi-

ble des mouvements; deuxième application, nouvelle amélioration; troisième, fatigue du membre, douleur aux piqûres; six jours après, un petit bouton suppurant s'était développé sur l'une d'elles, et guérit promptement. Le vingt et unième jour, le malade sortit, ne boitant plus, après trois applications de l'électro-puncture. Névralgie sciatique datant de quatre mois, traitée inutilement par les frictions avec le baume Opodeldoch et l'essence de térébenthine, puis par les vésicatoires entretenus, guérie enfin par une seule application de l'électro-puncture. Une autre sciatique datant de six mois, et guérie par une seule application du même moyen. Une névralgie du plexus lombaire et de quelques-uns de ses rameaux, datant d'un mois, traitée comme une maladie des reins par les sangsues et les ventouses scarifiées; amélioration : réapparition des douleurs aussi violentes après huit jours; guérison sans rechute pendant l'espace de huit jours, après deux applications de l'électro-puncture. Névralgie sciatique double, paralytique, datant de cinq semaines; douleurs nocturnes, engourdissements; première application de l'électro-puncture, cessation des douleurs; incontinence d'urine pendant le sommeil; deux jours après, deuxième application, cessation de l'engourdissement, fatigue, alternative de bien et de mal, guérison complète le vingt-deuxième jour. Deux autres observations analogues complètent ce travail.

Si nous résumons ce qu'elles offrent de plus général, nous voyons d'abord que la douleur avait un siége facile à déterminer pour le malade lui-même; elle était exactement limitée, par l'examen méthodique du médecin, sur un ou plusieurs trajets nerveux. Les douleurs n'ont varié que dans leur étendue; elles ne se sont point transportées d'un rameau nerveux sur un autre rameau. On a pu les voir disparaître en un lieu et persister dans l'autre; mais elles n'abandonnaient point les nerfs qu'elles avaient envahis primitivement, pour apparaître où elles ne s'étaient pas encore montrées. L'auteur insiste sur la parfaite limitation des douleurs, sur la fixité de leur siége, parce que ce sont pour lui les deux caractères principaux d'où il tire l'indication pour appliquer l'électro-puncture. Une autre considération qui ressort de ces observations, c'est que l'examen méthodique et attentif des malades, l'absence de toute autre affection et de tout autre symptôme, prouvent qu'on n'a eu à traiter, dans ces cas, par l'électro-puncture, que des *névralgies essentielles* ou *idiopathiques*. Aussi la conclusion générale que l'on peut tirer de ce travail, c'est que ce moyen convient aux névralgies de cet ordre; que la violence des douleurs n'est point une contre-indication à son emploi, et que jamais sous son influence elles ne sont exaspérées; enfin que la paralysie qui survient dans le cours des névralgies essentielles cède au même traitement. (*Annales médico-psychologiques*, mars 1844.)

PNEUMONIE DES VIEILLARDS (*Du traitement de la*). Le travail intéressant que vient de publier sur ce sujet un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Moutard-Martin, peut être considéré comme l'exposition des idées de M. Prus, médecin actuel de la Salpêtrière, ancien médecin de Bicêtre, et par conséquent en position d'avoir utilement et longtemps observé les maladies des vieillards. Aussi ce travail nous paraît-il mériter l'attention des praticiens moins par les idées neuves qu'il renferme, que par la confirmation de celles qui ont eu déjà cours à certaines époques de la science.

Les indications, dans le traitement de la pneumonie, devront être tirées de l'état local de l'appareil respiratoire, de l'état du pouls, de l'état des voies digestives. Dans certaines pneumonies franches, où les râles sont secs, quoique à un degré moindre que chez l'adulte, où il existe du souffle mêlé ou non de râle crépitant, et dans lesquelles le pouls est fort, plein, résistant, où la face est plus ou moins congestionnée, où il n'y a pas de complications digestives, il ne faut pas hésiter à saigner, quel que soit l'âge du malade, et il faut répéter les émissions sanguines tant que l'état du pouls le permettra. L'opinion contraire, professée surtout par M. Chomel, est peut-être trop répandue parmi les médecins. Toutefois, il faut user de cet agent avec prudence, et il faut être toujours guidé par l'état du pouls; tant qu'il conservera sa force et sa plé-

nitude, on pourra saigner sans crainte; mais on devra cesser aussitôt qu'il perdra de sa force. Ici se placent naturellement deux observations importantes faites par M. Prus. Quelquefois on trouve, dès le début d'une pneumonie, le pouls faible, embarrassé; il existe en même temps des symptômes locaux qui réclameraient une émission sanguine si l'état du pouls le permettait; il ne faut pas alors se borner à tâter le pouls, il faut encore ausculter le cœur, et, dans beaucoup de cas, on y trouve des battements énergiques, une impulsion violente, et ce fait seul indique que si le pouls est faible, c'est plutôt par gêne dans la circulation, que par faiblesse véritable: dans ce cas, il ne faut pas hésiter à ouvrir la veine; et alors il arrive fréquemment que le pouls se relève. Mais, si en même temps que le pouls est faible, les battements du cœur sont peu énergiques, il faut se garder d'avoir recours à un moyen qui n'est pas innocent. Il arrive quelquefois que l'état général, et celui du pouls en particulier, contre-indiquent une émission sanguine le matin, tandis que le soir, au moment de la réaction, qui chez les vieillards est souvent plus marquée que chez les adultes, on pourra faire une saignée, qui, le matin, n'aurait pu être supportée.

A l'appui de cette proposition, presque généralement contestée, que l'on peut saigner largement les vieillards, l'auteur cite des faits dans lesquels l'usage des émissions sanguines a été couronné de succès. Chez une femme de 66 ans, cinq saignées générales et une saignée locale. Chez une autre de 76 ans, quatre saignées générales et une locale. Dans un autre cas, une femme de 79 ans a été saignée six fois; dans un autre, une pneumonie double a été guérie, chez un sujet de 70 ans, par six saignées. Une femme de 82 ans a été sauvée par trois saignées.

Les émissions sanguines ne sont pas les seuls moyens employés par M. Prus; concurremment avec elles, l'émétique à haute dose est très-avantageux, quoiqu'il fasse plus souvent vomir les vieillards que l'adulte. On doit cependant s'en abstenir toutes les fois qu'il existe quelque signe d'irritation gastro-intestinale, et que son emploi détermine l'apparition de pustules buccales.

Dans les cas où la pneumonie est accompagnée d'une bronchite intense, l'emploi des vomitifs est préférable à celui de l'émétique à dose rasorienne. Il est des cas où les vomitifs forment, on peut le dire, la base du traitement, où toute autre médication resterait sans effet, si elle n'était précédée et immédiatement suivie de leur emploi: l'auteur veut parler de ces pneumonies compliquées d'un état saburral des premières voies, comme on en voit un si grand nombre à la Salpêtrière. Voici comment M. Prus procède dans ces cas: ou bien il donne le matin un vomitif, faisant faire une saignée, le soir, si l'état du pouls le permet; ou bien il commence par saigner, et, deux heures après, il administre un vomitif que l'on est fréquemment obligé de renouveler le lendemain. Les vomitifs sont encore d'un très-bon usage dans ces pneumonies où il y a des étouffements; mais il est des cas où il faut les éviter avec grand soin, ce sont ceux où la langue est sèche et brune. (*Revue médicale*, février 1844.)

RHUMATISME ARTICULAIRE (*Emploi de l'emplâtre de poix de Bourgogne dans le traitement du*). Ce moyen a été déjà préconisé dans le rhumatisme musculaire et dans la sciatique. Nous ne croyons pas qu'il ait été employé dans le rhumatisme articulaire. Une seule observation est bien peu propre à en démontrer l'efficacité, surtout une observation de rhumatisme mono-articulaire, sans gonflement, sans changement de couleur à la peau, sans réaction notable, comme est celle que publie M. le docteur Guépratte. La voici, cependant, afin que les praticiens puissent essayer ce moyen, d'ailleurs inoffensif, dans des cas aussi peu graves.—Une dame de 60 ans, d'une bonne constitution, alerte et faisant beaucoup d'exercice, éprouva au commencement d'octobre une gêne dans l'épaule droite, à laquelle elle ne fait nulle attention; novembre et ses pluies augmentent cette gêne; une douleur assez vive se manifeste, plus intense surtout la nuit. La malade fait des frictions sèches ou huileuses, mais s'expose toujours aux intempéries de la saison. Les symptômes s'aggravent et inquiètent: M. Guépratte est appelé. Membre en écharpe; le moindre choc du coude a un retentissement pénible dans l'épaule; cette région, un peu plus chaude que

les autres parties du corps, a sa couleur normale, ne présente aucun gonflement appréciable; elle est à peine modifiée; point de réaction générale. Une tisane sudorifique, de légers minoratifs, des liniments sédatifs, les stimulants, les bains tièdes, les rubéfiants, etc., ne produisent aucun effet. Alors M. Guépratte fait couvrir l'épaule d'un large emplâtre de poix de Bourgogne. Douleurs vives pendant vingt-quatre heures, qui se calment ensuite; des démangeaisons succèdent, et chaque jour apporte une amélioration sensible; une semaine suffit pour permettre de légers mouvements. Au bout de la quinzaine le rétablissement est parfait. La poix de Bourgogne enlevée, la peau est rouge, couverte d'une éruption qui cède rapidement aux lotions de guimauve. (*Journal des Connais. médico-chirurgicales*, mars 1844.)

TRANSFUSION DU SANG (*Observation de*) *pratiquée avec succès*. La question de physiologie et de thérapeutique que l'observation qui suit semble résoudre favorablement est loin encore d'être définitivement jugée. Les faits seuls pourront amener ce résultat; aussi convient-il de les enregistrer avec soin, surtout quand ils émanent de praticiens recommandables. L'auteur de cette observation est le docteur Pritchard.

Le sujet de cette observation est un négociant, qui était dans l'habitude de voyager pour les affaires de son commerce. Il avait été vigoureux et actif, et avait mené la vie que mènent ceux de sa profession, quoique avec plus de sobriété. Lorsque l'auteur le vit pour la première fois, le 11 janvier 1843, il était devenu faible et maladif depuis plus de deux ans. Il avait commencé par éprouver des symptômes de dyspepsie, qui furent bientôt suivis d'affaiblissement et d'émaciation, et il en était arrivé au dernier degré de marasme; son pouls était tremblotant et à peine sensible; le moindre mouvement causait des palpitations qui allaient presque jusqu'à la syncope. Cependant les organes thoraciques n'accusaient aucune lésion physiquement appréciable. Il se déposait au fond des urines un sédiment blanchâtre abondant, qui rougissait légèrement et disparaissait par l'addition d'un alcali étendu d'eau. Il fut convenu, dans une consultation de médecins, d'avoir recours à un régime restaurant.

Malheureusement, l'estomac ne supportait les aliments qu'en petite quantité, et il finit même par ne les plus supporter du tout. On craignait à chaque instant une syncope mortelle. Dans cette extrémité, on résolut d'essayer les effets de la transfusion du sang.

Seize onces de sang furent fournies par un jeune homme sain et vigoureux, domestique du malade, et furent injectées dans les veines de ce dernier par M. Clark, avec toute l'habileté désirable. La vie reparut à l'instant sur les traits du malade. le lendemain il était beaucoup plus fort; il se plaignait même d'une sensation de pesanteur dans la tête. Quelques gouttes de sang s'échappaient de temps en temps de ses narines. Ces légers accidents ne tardèrent pas à se dissiper; l'appétit revint et put se satisfaire à loisir sur les vastes quantités de viande et de porter. Les forces revinrent graduellement. Les urines prirent un meilleur aspect sous l'influence de boissons alcalines, de l'eau ferrée et de quelques bouteilles d'une solution de citrate de fer. Après deux à trois mois de traitement, le malade put reprendre sa profession habituelle, qu'il exerce encore aujourd'hui. (*Annales de la Chirurgie*, février 1844, et *de Provinc. Med. and surg. Journal.*)

VARIÉTÉS.

Suppression de la patente médicale. — Enfin il a été fait droit aux réclamations si unanimes, si persévérantes du corps médical contre l'impôt de la patente. La Chambre des députés en a voté la suppression, ainsi que l'avait demandé la commission chargée de l'examen du projet de loi présenté par le gouvernement. Les docteurs en médecine, ou en chirurgie, les officiers de santé, les sages-femmes et

les vétérinaires sont compris au nombre des individus déclarés non patentables par l'article 12 de la loi nouvelle. Les oculistes et les dentistes figuraient dans le paragraphe rédigé par la commission ; sur la proposition de M. Bouillaud, la Chambre leur a refusé l'exemption accordée aux professions libérales, s'ils ne sont pourvus de diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé.

— Le rôle que jouent jusqu'ici les médecins dans les affaires publiques, et l'usage qu'ils font de leur influence, doivent nous encourager à désirer et à provoquer l'extension des droits politiques en faveur de notre profession. On a vu la part prise par MM. Bouillaud et Richond-des-Brus à la Chambre des députés, dans la discussion de la loi des patentes. Nous avons à signaler aujourd'hui un acte non moins honorable d'un de nos confrères, membre du conseil-général de la Seine, au sujet de la tombe de Bichat. C'est aux vives instances de M. le docteur Thierry que l'on devra la conservation des restes mortels de l'illustre auteur de l'*Anatomie générale*, et une concession gratuite et à perpétuité dans un des cimetières de la ville de Paris. Tout se prépare pour donner à la cérémonie de l'exhumation de Bichat l'éclat et la solennité dignes de cette grande renommée scientifique.

— Parmi les départements qui ont compris toute l'utilité de l'institution des médecins cantonnaux, on doit citer le département de la Haute-Saône, où depuis quatre ans cette institution a été organisée sur les bases les plus larges. Le conseil-général du département et les municipalités rivalisent de zèle et votent tous les ans des sommes suffisantes à l'entretien de ce service dont l'hygiène publique et les populations pauvres retirent les plus grands avantages. Il est bien à désirer que tous les départements sentent l'immense utilité de cette institution, et qu'on comprenne enfin que le médecin doit être placé, dans les besoins du peuple, au même rang que le prêtre et l'instituteur primaire. Le temps viendra sans doute où la profession médicale sera une profession officielle et publique offrant à la société toutes les garanties qu'on exige des notaires, par exemple, et jouissant aussi des mêmes priviléges.

— Une place de membre titulaire a été déclarée vacante dans la section de médecine opératoire. Les candidats inscrits jusqu'à présent sont : MM. Ricord, Larrey, Denonvilliers, Laugier, Robert, Malgaigne, Huguier, Michon, Chassaignac et Vidal de Cassis.

— Lundi, 18 mars, s'est ouvert le concours pour l'agrégation, section de chirurgie, à la Faculté de Paris. Le jury est ainsi composé : MM. Marjolin, président ; Lenoir, secrétaire; Gerdy, Velpeau, Moreau, Blandin, H. Larrey, juges ; MM. P. Dubois et Malgaigne, suppléants. M. J. Cloquet, juge titulaire, a donné sa démission à raison de sa parenté avec l'un des compétiteurs; il a été remplacé par M. Blandin.

Le nombre des places est de cinq, dont une pour les accouchements. La dernière place en chirurgie ne conférera l'exercice de l'agrégation que pour trois ans.

Il y avait vingt-trois candidats inscrits ; sept se sont retirés dès la première séance. Les seize restants sont : MM. Després, Maisonneuve, Lacroix, Marchal, Gosselin, Boinet, Giraldès, Dufresse-Chassaigne, Sardaillon, Cazeaux, Dupaul, Jacquemier, Voillemier, D'Arcet, Tavignot et Morel.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'OPIUM ET SPÉCIALEMENT DE L'ACÉTATE DE MORPHINE APPLIQUÉS AU TRAITEMENT DU CATARRHE PULMONAIRE, SURTOUT CHRONIQUE.

La pratique médicale repose essentiellement sur le diagnostic, c'est-à-dire sur la notion précise de tous les éléments constitutifs d'une maladie donnée. Le vice fondamental des systèmes réputés exclusifs est précisément d'avoir détourné l'attention des praticiens de cette analyse des faits morbides, sans laquelle il ne peut exister de thérapeutique rationnelle et heureuse. Du nom d'une maladie conclure à l'unité d'une médication et surtout d'un médicament, ainsi que nous le voyons tous les jours, c'est corrompre la pratique, et livrer l'art sans défense aux agressions sans cesse variées des maux qui affligent l'humanité. Mais cette analyse, il faut le dire, est extrêmement délicate, et rares sont les esprits capables d'en apprécier les difficultés et même les dangers, si nous en jugeons par l'empirisme et par l'abus des drogues, qui tendent de nos jours à remplacer la rationalisme rigide et l'indigence thérapeutique d'une époque antérieure. C'est la loi de la réaction, c'est le propre de l'esprit révolutionnaire que de passer les bornes du juste et de la raison. C'est aux observateurs attentifs et patients qu'il appartient de rétablir l'équilibre.

Parmi les idées erronées dont s'inspire la critique actuelle, est la consécration de cet aphorisme décevant, à savoir, que la nature du remède indique celle de la maladie. A ce compte, toute maladie qui guérit par d'autres moyens que ceux compris dans la classique division des antiphlogistiques ne peut être une phlegmasie, et *vice versâ*; d'où résultent une déplorable confusion dans les idées et dans le langage, et cette rapide propension au scepticisme et au fatalisme, qui débordent de toutes parts. Or, si dans ce naufrage universel il est une planche de salut pour la science, c'est, nous le croyons, dans l'analyse élémentaire qu'il faut la chercher. C'est vers ce but conciliateur que doivent tendre les esprits positifs, et nous allons tâcher de prêcher d'exemple en procédant à l'étude analytique et pratique des effets de l'opium appliqué au traitement du catarrhe pulmonaire.

Il est plusieurs manières de travailler aux progrès de la thérapeutique. Une d'elles consiste à choisir un médicament pour en étudier les

effets dans les diverses maladies : c'est la méthode des pharmacologues. Une autre consiste à choisir une maladie pour étudier les remèdes variés qui peuvent convenir à ses formes et à ses phases diverses : c'est la méthode des nosographes. Mais ces deux procédés ne peuvent guère s'appliquer qu'à des ouvrages de longue haleine ou à l'édification des monographies. Le journalisme, lui, a des allures moins ambitieuses, et s'il est spécialement voué à la thérapeutique, il lui convient d'étudier un médicament isolé dans ses applications à une maladie déterminée : ainsi nous allons faire.

Sans chercher à pénétrer l'obscure origine de l'opium, sans nous demander s'il fut connu d'Hippocrate, et ce qu'en pensèrent les Grecs, Romains et Arabes, non plus que les auteurs des siècles suivants, il est bon néanmoins de rechercher ce qu'en ont dit quelques-uns de nos devanciers, en ce qui concerne spécialement notre objet. Il est bon, en un mot, de se poser au point de vue des anciens, selon le précepte de Bacon, afin de mieux voir ce qui nous reste à faire. Nous ne nous perdrons pas dans l'océan des expérimentations tentées sur le mode d'action de l'opium par une foule d'auteurs, depuis Diagoras et Sérapion jusqu'à M. Flourens ; nous ne rechercherons pas s'il refroidit le corps, comme le veut Galien, ou s'il est de nature chaude, comme le veut Van Helmont ; s'il fluidifie le sang, comme prétendent l'avoir vu Swencke et Freind, ou s'il l'épaissit, comme le veulent Alston et Méad ; nous nous bornerons, pour ainsi dire, à effleurer cet indigeste produit des siècles, en formulant les principes de deux auteurs culminants, l'un en physiologie, l'autre en thérapeutique, Haller et Murray. Selon les expériences de Haller, l'opium débilite les nerfs et excite le cœur : voilà l'explication du célèbre *me herclè non sedat !* de Brown. Selon Murray, l'opium agit dans les maladies en vertu de ce que, 1° il produit le sommeil, 2° il calme les douleurs et le spasme, 3° il modère les sécrétions, à l'exception des sueurs. (Murray, *Apparat medic.*, tom. II, pag. 245 et suiv.). Bien entendu que ces divers effets sont relatifs à la dose du remède et à l'état du sujet, deux conditions qui pèsent de tout leur poids dans tout problème de thérapeutique : « L'opium émousse la « sensibilité et modère les fluxions âcres, mais à condition qu'il sera « donné avec précaution ; autrement il comporte de graves dangers. » (Fernel, *Method. medend.*, lib. VI, cap. 5.) Ces aperçus analytiques sur les effets thérapeutiques de l'opium nous suffisent pour le but que nous nous proposons.

Quant à l'analyse élémentaire du catarrhe pulmonaire, elle sera plus brève encore, car nous ne pouvons avoir la ridicule idée d'édifier nos savants lecteurs sur un texte aussi vulgaire ; nous nous bornerons

donc à rappeler que dans le catarrhe pulmonaire ou bronchite, il y a d'abord, à la première période ou d'irritation, sensation de sécheresse et de douleur à la gorge et à la trachée, toux sèche, malaise général, etc.; puis à la seconde période ou d'inflammation, il existe, mouvement fébrile, toux vive, douloureuse, crachats muqueux; enfin à la troisième période ou de déclin, toux et crachats, sans fièvre ni douleur, et passage fréquent à la chronicité. Eh bien! sans avoir précisément formulé cette analyse, les anciens en ont eu le sentiment, et s'y sont conformés, soit d'instinct, soit comme résultat de l'observation, en ce qui concerne les effets, bons ou mauvais, de l'opium.

1re *période*. Il est assez remarquable et du reste fort naturel que les meilleurs préceptes que nous possédions sur beaucoup de maladies, nous viennent d'auteurs qui ont observé sur eux-mêmes, ce qui justifie l'exigence un peu cruelle de certains rigoristes, qui voudraient que les médecins eussent eux-mêmes éprouvé les maladies qu'ils sont appelés à traiter. La première autorité qui se présente ici est précisément un auteur de ce genre, Georges Brown, d'Édimbourg, qui a écrit un traité pratique de l'opium (1753), dont Tralles, malgré la jalousie de métier, fait le plus grand éloge. Brown donc raconte dans son livre ce qu'il a éprouvé lui-même, à l'occasion des catarrhes fréquents que lui occasionnait une malheureuse disposition au refroidissement, calamité partagée par tant d'autres. Or, lorsqu'il se sentait s'enrhumer, comme on dit vulgairement, il prenait le soir, en se couchant, vingt gouttes de laudanum, ce qui lui procurait un doux sommeil et coupait court à la toux, et si le catarrhe était récent et de bonne nature, *il était guéri le lendemain*. En observateur attentif et scrupuleux, Young fait remarquer que dans le catarrhe le médecin doit être soigneux de ne pas forcer les doses, car il en résulte de la somnolence, de l'oppression, et l'on peut même, ajoute-t-il, occasionner la mort par suppression des crachats; mais ceci n'est relatif qu'aux catarrhes anciens, graves et compliqués.

Ce que Young raconte ici, je l'ai moi-même éprouvé maintes fois, ainsi que je l'exposerai, et je possède aujourd'hui le moyen d'enrayer presque à coup sûr ces catarrhes naissants, en usant d'un moyen analogue à celui de Brown. Malheureusement ce procédé ne peut guère être appliqué que par le médecin sur lui-même, car le public fait généralement trop peu d'attention au début d'un simple rhume, et lorsqu'il réclame des secours, c'est que la deuxième période est déjà développée. Je suis cependant parvenu à rendre le même service à quelques catarrheux d'habitude.

Voilà ce que démontre l'observation, et si maintenant nous cherchons à rationnaliser le fait, rien, ce me semble, n'est plus facile. Les vitalistes

et les sectateurs de l'innervation ont très-bien fait voir que le début de la presque totalité des maladies est ou doit être vital, dynamique, *nerveux*, ainsi que le prouvent le frisson initial, la douleur précédant la congestion patente, etc. « Il est certain, dit Desbois de Rochefort, précisément à propos des succès de l'opium dans des cas analogues, il est certain que la sensibilité joue un grand rôle dans les maladies inflammatoires, et qu'il serait souvent utile de la diminuer. » (*Mat. médic.*, tom. II, art. *Opium*). Or, nous sommes convaincu, par analogie, que la possibilité d'extirper le catarrhe en germe doit exister pour une foule d'autres maladies. Sarcône l'a prouvé pour la pleurésie (maladie de Naples), et d'autres pour diverses affections douloureuses, en stupéfiant l'innervation, en tuant l'élément douleur, on couperait le mal dans sa racine. La difficulté est d'arriver à temps. Donc le meilleur moyen abortif du catarrhe naissant est, selon nous, l'opium ou ses composés.

2ᵉ *période*. Ici l'opium perd de son empire, et tous les expérimentateurs de ce remède ont constaté ce fait, dont quelques-uns ont déduit les motifs rationnels : « Les médecins de tous les siècles, dit Cullen, ont regardé l'opium comme nuisible dans les maladies inflammatoires, et je serais fort étonné qu'une personne qui aurait pratiqué la médecine quelque temps n'eût pas eu de fréquentes occasions de faire la même remarque. On doit admettre pour règle générale, avec le docteur Young, que l'opium ne convient pas dans tous les cas où la saignée est nécessaire. » (*Mat. médic.*, tom. II, art. *Opium.*) Cette règle, pourtant, souffre quelques exceptions exprimées par Cullen lui-même : « L'opium alors ne convient pas, dit-il, *excepté* dans les cas où l'état inflammatoire est l'effet de l'irritation d'une partie qui produit le spasme et l'inflammation qui en est la suite. » (*Loc. cit.*) L'opium échoue donc dans la plupart des cas de catarrhes aigus, inflammatoires; mais alors que la douleur est vive et la toux opiniâtre, l'opium réussit parfois à modifier favorablement la maladie. « Dans la toux convulsive, dit Tralles, l'opium calme très-bien l'irritabilité des voies aériennes. » (*De usu opii*, sect. 3.) « On l'emploie fréquemment, dit Desbois de Rochefort, dans les maladies catarrhales dues à une matière pituiteuse et âcre avec douleur. » (*Loc. cit.*). C'est ce que j'ai moi-même expérimenté chez des malades où pourtant l'acuité du mal me faisait présager un échec : « Il est possible, dit encore Cullen, qu'il y ait dans les inflammations de poitrine des circonstances où l'opium devient plus utile en dissipant la toux, qu'il n'est nuisible en aggravant l'état inflammatoire. » (*Loc. cit.*) Le hasard ici peut servir le praticien, et il en est de ces cas comme des blennorrhagies développées où le copahu, le cubèbe sont contre-indiqués,

et où pourtant ces remèdes réussissent quelquefois. Néanmoins la règle, dans ces cas, est de se conformer aux sages préceptes de Desbois : « Mais, outre cette sensibilité, il y a encore turgescence sanguine, pléthore vraie ou fausse, engorgement réel. Or, l'opium augmenterait cette turgescence, car chez ceux qui en font usage, le visage devient rouge, le pouls s'élève, etc..... Il faut commencer le traitement de ces maladies par des saignées abondantes, en venir ensuite aux délayants mucilagineux.... Lorsqu'après ce traitement l'inflammation subsiste et est entretenue par l'irritation et la douleur, l'opium peut être très-utile. » Voilà un bel exemple et d'analyse élémentaire et de thérapeutique rationnelle. En définitive, l'opium ne convient que par exception dans la seconde période du catarrhe pulmonaire.

3e *période*. Nous rentrons dans le domaine de l'opium ; c'est ici surtout qu'il manifeste sa puissance, car c'est le cas où nous avons le plus fréquemment occasion de l'appliquer. Aussi toutes les autorités sur la matière sont-elles unanimes. Sans parler de Sydenham, qui fut le coryphée de l'opium, nous voyons Morton, son rival, abonder dans ses principes, alors qu'il s'agit de catarrhe concomitant de la phthisie (*Phthisiologie*). Tralles, dans son volumineux *Traité de l'opium*, où parmi tant de choses indigestes on trouve des préceptes précieux, Tralles vante l'opium dans le catarrhe avec crachats séreux et ténus (catarrhe pituiteux). Habile à distinguer les cas et à signaler les contre-indications, il fait observer que l'opium convient moins dans les catarrhes visqueux avec oppression. (*Loc. cit*) La plupart des auteurs ont assez bien apprécié l'utilité de l'opium dans le catarrhe chronique, mais aucun d'eux n'a mieux traité cette matière que l'illustre Cullen : « L'excrétion du mucus, dit-il, est accompagnée d'une toux considérable. Ce symptôme est habituel pour beaucoup de personnes, ou se renouvelle facilement dès qu'elles sont frappées du froid le plus léger. Dans ces cas et pour ces sortes de personnes, l'opium est un remède souverain. C'est pourquoi, *quand il y a peu de fièvre et beaucoup de toux*, on peut l'employer très-hardiment. » (*Loc. cit.*) Il y a dans cet extrait un passage relatif aux catarrhes renouvelés dont nous avons parlé au sujet de la première période, et qui vient à l'appui de nos observations sur ce point : « Mais, ajoute Cullen, ces remarques sont plus particulièrement applicables aux catarrhes habituels. »

Ce qui précède représente l'opium comme un calmant de la toux ; dans le passage suivant, où il réfute l'opinion de ceux qui pourraient considérer l'opium comme un astringent, Cullen le représente comme agissant sur l'*irritabilité* : « On a prétendu qu'il était astringent ; il est cependant certain qu'on ne découvre aucune qualité astringente, ni

dans l'opium, ni dans tout autre narcotique sédatif, et on ne peut guère douter qu'ils n'arrêtent les évacuations excessives qu'en suspendant l'irritabilité et l'action des fibres motrices dont l'activité augmentée produisait l'évacuation. » Enfin, dans un troisième passage, l'opium est représenté comme modérant la *sécrétion* : « L'opium est avantageux pour modérer les excrétions, c'est ce qui le rend si généralement convenable dans les affections catarrhales et dans la toux qui les accompagne. » On voit que Cullen fait ici de l'analyse élémentaire. Faisons remarquer pourtant que, de ces trois éléments, il en est un qui probablement régit les deux autres, c'est l'irritabilité qui donne lieu à la toux et à la sécrétion. Il est vrai d'ajouter qu'il y a là cercle vicieux, et que si l'irritabilité engendre la toux, celle-ci à son tour augmente l'irritabilité; quant à la sécrétion, elle est aussi cause et effet combinés de l'irritabilité et de la toux. C'est pourquoi les catarrheux qui toussent beaucoup crachent aussi beaucoup; que ceux chez qui la sécrétion abonde ont aussi beaucoup de toux; de sorte que calmer la toux, c'est diminuer les crachats, tarir les crachats serait diminuer la toux, dernier effet que promettent vainement les prétendus expectorants, incisifs et autres créations du vieil humorisme, et que réalise bien plus sûrement l'opium.

Quelques remarques de Cullen sembleraient détruire ce que nous avons dit au sujet de l'efficacité de l'opium dans la première période : « Il est, dit-il, un catarrhe qui ne survient jamais qu'accidentellement, par une forte impression de froid, où il y a presque toujours une diathèse inflammatoire. Cette maladie doit se traiter par les saignées et le régime antiphlogistique. L'usage prématuré de l'opium y est très-nuisible, en aggravant l'état inflammatoire. » (*Ibid.*) On voit qu'ici l'auteur suppose l'appareil inflammatoire déjà développé, tandis que notre but à nous est de le prévenir. Et ailleurs : « J'ai remarqué que dans les catarrhes récents produits par le froid, l'opium donné trop tôt était évidemment nuisible... J'ai trouvé l'opium très-utile pour apaiser la toux après les saignés, et je ne l'ai presque jamais vu nuire en arrêtant l'expectoration. » Ce *donné trop tôt* suppose évidemment la présence de l'inflammation. C'est qu'en effet nous l'avons dit, le médecin est toujours mandé lorsque la deuxième période est développée. Remarquez en passant que Cullen ne croit guère au danger de supprimer l'expectoration, et nous rencontrerons des auteurs qui, au contraire, considèrent l'opium comme un très-bon expectorant. Donc l'opium est un excellent remède dans la période de déclin, ou mieux de chronicité du catarrhe. C'est ce que savent tous les praticiens, sans cependant en être assez profondément persuadés; et s'ils veulent en croire l'expérience des

meilleurs observateurs, et nos propres expériences sur nous-même et sur beaucoup d'autres, ils accorderont plus d'importance à ce point de pratique, et ils en retireront de grands avantages pour leurs malades et pour leur propre réputation.

Et pourtant la bronchite est une inflammation! C'est que l'inflammation a plusieurs périodes et comporte plusieurs éléments : c'est justement ce qui renverse le *naturam morborum ostendunt curationes*, et son congénère le *contraria contrariis curantur ;* c'est ce qui explique comment une même maladie peut guérir par des remèdes différents et même opposés en apparence, thèse que nous avons largement développée ailleurs. (*Gazette médic. de Strasbourg*, 1843.) Quant à nos principes à l'égard des éléments morbides, ils se trouvent longuement exposés dans une série de *Lettres sur la thérapeutique*, publiées par la *Gazette des hôpitaux* (1844).

Il y a vingt ans (en 1825) que la Société médico-pratique de Paris mit au concours la question de l'emploi de l'opium dans les inflammations des membranes muqueuses, etc. Le prix fut remporté par notre savant confrère le docteur Brachet, de Lyon, qui formula les conclusions suivantes : « Ce remède convient toutes les fois qu'il y a exaltation ou irritation du système nerveux cérébral. Si cette irritation est intense et non liée à un état inflammatoire, il faut en donner brusquement des doses considérables. Si elle est le symptôme précurseur d'une inflammation, il peut, en la calmant, prévenir la maladie. » C'est notre première période. « Lorsque l'inflammation est développée et qu'il y a douleurs aiguës, il sera utile s'il n'y a point encore de fièvre ; mais si celle-ci existe, il faut commencer par la combattre. » C'est notre deuxième période. « L'irritation qui survit à l'inflammation cède heureusement à l'opium. » C'est notre troisième période. (Brachet, *De l'emploi de l'opium*, 1828.) Ces principes sont ceux que nous avons défendus dans notre *Histoire de la méningite épidémique*, et dans notre *Lettre à M. le docteur Cayol*, écrite à l'occasion de ce travail. (*Gazette médicale* de Paris, 1842.) Ce sont les principes que nous exposons ici au sujet du catarrhe, et qui du reste sont, ainsi qu'on l'a vu, conformes à la saine observation de tous les temps. Desbois, de Rochefort, s'était posé la même question de l'utilité de l'opium dans les inflammations, et il mit en avant l'autorité de Sydenham, qui usa de ce moyen dans beaucoup de maladies inflammatoires : « Mais, ajoute-t-il, Sydenham était trop grand praticien pour le donner au commencement de ces maladies, ce n'était que quand les premiers symptômes étaient tombés. » (*Loc. cit.*)

Une remarque importante qui surgit de l'ensemble des faits où l'o-

pium s'est montré salutaire, remarque due à l'auteur que nous venons de citer, c'est que : « Ce n'est point dans les inflammations des viscères parenchymateux, mais seulement dans celles des viscères membraneux..., après que les grands symptômes sont tombés », qu'il convient d'user de ce précieux remède. (Desb. de Roch., *Loc. cit.*)

J'avais songé d'abord à faire suivre cet exposé historique et dogmatique de l'emploi de l'opium dans le catarrhe pulmonaire, d'une série de faits cliniques confirmatifs des principes énoncés; mais voulant en venir à l'exécution, je me suis trouvé dans l'embarras des richesses, et tous les faits que je possède relativement à ce sujet sont d'une telle uniformité, qu'il sera tout aussi instructif et beaucoup moins fastidieux pour le lecteur de résumer les produits de notre pratique en quelques propositions dont tout praticien pourra vérifier l'exactitude. Mais avant de les énoncer, entrons dans quelques détails sur l'administration du remède.

L'opium n'est pas un médicament simple, à vrai dire, puisqu'il contient plusieurs éléments qu'il est possible d'isoler. Or, parmi ces éléments, il en est dans lesquels réside plus spécialement l'action sédative : tels sont la codéine et la morphine. Malgré les éloges donnés à la première, c'est la seconde qui est restée dans la pratique, et lorsqu'on veut aujourd'hui avoir l'effet pur de l'opium, c'est à la morphine ou plutôt à ses sels qu'on a recours. Néanmoins, tout ce qu'on a dit de l'action spéciale de l'opium est applicable à la morphine *à fortiori*, puisqu'elle est en quelque sorte l'essence active de l'opium.

Parmi les sels de morphine, beaucoup de praticiens préfèrent l'hydrochlorate à l'acétate. Les circonstances m'ayant fait expérimenter plus particulièrement l'acétate, et celui-ci m'ayant satisfait, je m'y suis tenu, ne doutant pas pourtant que l'hydrochlorate ou même le sulfate ne puissent procurer des résultats équivalents.

Les pilules, les potions, sont sans doute des formes pharmaceutiques qui peuvent avoir leurs avantages dans certains cas; mais en général, et pour le cas actuel, la manière la plus simple, la plus facile, la plus agréable d'administrer ce médicament nous paraît être le sirop. C'est donc le sirop d'acétate de morphine que nous avons expérimenté, et que par conséquent nous conseillons d'employer. Le sirop dont nous usons contient un demi-grain (25 milligammes) d'acétate de morphine pour une once (32 grammes) de sirop de sucre.

Lorsqu'il y a quatre ans je commençai à l'expérimenter avec attention, ce fut sur moi-même et pour un catarrhe chronique. J'avais vainement essayé beaucoup d'autres moyens (ammoniacaux, antimoniaux, jusquiame, aconit, eau de laurier-cerise, saignées générales et locales, révulsifs cutanés et intestinaux, etc.), lorsque mes idées se fixèrent sur le

sirop d'acétate de morphine. Comme les nuits surtout étaient pénibles, en raison de quintes de toux violentes, prolongées et répétées, je pris ce sirop, délayé dans un peu d'eau, le soir en me couchant. Je commençai par une cuillerée à bouche (16 grammes), contenant un quart de grain (12 milligrammes) d'acétate de morphine. A ma grande satisfaction j'éprouvai, dès le premier jour, un calme complet quant à la toux, mais une insomnie rebelle, laquelle pourtant n'avait rien de pénible ; au contraire, ma veille nocturne était accompagnée d'un véritable sentiment de béatitude. Pensant d'abord que l'insomnie pouvait tenir à l'insuffisance de la dose, je doublai celle-ci et pris deux cuillerées à bouche (32 grammes) de sirop à la fois. Mais l'insomnie fut encore plus opiniâtre et accompagnée d'une sensation de chaleur douce, comme de turgescence, avec fréquence et plénitude du pouls, battement des temporales, etc. Je reconnus alors que je m'étais diamétralement trompé, et qu'au lieu de l'augmenter il fallait diminuer la dose. Je descendis donc à 8 grammes de sirop (deux cuillerées à café), et alors j'eus du sommeil en même temps que du calme ; mais pendant le jour j'éprouvais un peu d'hébétude, de somnolence ; j'éprouvais de la dyspepsie, une constipation prolongée qui se résolvait en coliques et diarrhée passagères mais douloureuses. Le problème fut alors de trouver la dose qui procurât à la fois du calme et du sommeil sans produire les incommodités susdites ; et j'arrivai à ne prendre qu'*une cuillerée à café* ou 4 grammes de sirop, représentant *un seizième de grain* d'acétate de morphine. A cette dose, sans cesser d'obtenir les effets désirés, je vis diminuer les inconvénients que je voulais éviter. Je m'en tins là. Telle est donc aujourd'hui ma formule courante : *une cuillerée à café de sirop d'acétate de morphine, prise dans un doigt d'eau le soir en se couchant.* Depuis trois hivers consécutifs que je prends journellement ce remède ; je n'ai jamais eu qu'à m'en louer. Son emploi continué nécessite cependant quelques précautions : ainsi il est essentiel de ne prendre le sirop que deux heures environ après avoir mangé, sous peine de se donner une digestion pénible, sinon une indigestion. La constipation étant son inconvénient principal, si l'on est obligé de prendre le sirop chaque soir, il faudra user de lavements ; mais si l'on peut mettre deux jours d'intervalle entre les doses, cela suffira pour donner à l'intestin le temps de se débarrasser.

Quatre grammes de sirop donnent généralement du calme pour vingt-quatre heures, quelquefois pour plusieurs jours ; mais lorsqu'on croit pouvoir s'abstenir de prendre la dose du soir, il est prudent de la placer sur la table de nuit, afin d'y avoir recours à la moindre annonce d'une quinte de toux. Sachant par expérience quelle est la longueur de mes

quintes, il m'est souvent arrivé de les enrayer dès le début, ou bien, les laissant s'établir, je prenais le sirop, et le calme se rétablissait presque immanquablement au bout de quelques minutes.

Alors que je me crois débarrassé de mon catarrhe, je le sens renaître à la moindre occasion : un peu de froid aux pieds ou ailleurs, ou au contraire une forte chaleur éprouvée dans la soirée, ou quelques aliments pris peu de temps avant le sommeil, suffisent pour me rendre ma toux nocturne. Instruit de cette disposition, lorsqu'il m'arrive d'avoir subi ces causes, je prends le soir une dose de sirop par pure précaution, et les quintes sont éludées. Si, par une cause quelconque, je sens renaître mon rhume, j'ai la certitude de le conjurer en usant de la même précaution : c'est absolument l'histoire d'Young.

Tel est l'heureux produit de mes expériences sur moi-même, et l'on pense si j'ai dû chercher à en faire profiter mes malades. Le sirop de morphine pris par eux avec les précautions ci-dessus détaillées, m'a valu dans de nombreuses occasions de vives actions de grâces, et moi-même ai la conviction de lui devoir la vie. Affecté d'un catarrhe chronique, ou mieux d'une extrême tendance au retour du catarrhe depuis longues années, il y a longtemps que ma poitrine se fût brisée sous la quinte de toux qui la déchirait : le sirop de morphine m'est apparu comme le fabuleux dictame, et depuis trois ans mes hivers, sous le ciel inclément de l'Alsace, sont devenus assez tolérables, à part quelques accidents étrangers à l'objet actuel. Les bienfaits du sirop de morphine s'étendent aux affections de poitrine où le catarrhe joue son rôle, ainsi dans l'hémoptysie et la tuberculisation ; mais ce sont là des sujets à part, dont l'étude nous entraînerait trop loin.

Je croyais donc avoir découvert les vertus du sirop d'acétate de morphine à dose très-réduite, lorsqu'en feuilletant par hasard le ***Formulaire*** de M. Magendie, je rencontrai le passage suivant : « La dose (du sirop de morphine) est d'une cuillerée à café de trois en trois heures... On obtient souvent le sommeil par une quantité beaucoup plus faible, par exemple : ***une seule cuillerée à café dans un peu d'eau tiède en se mettant au lit.*** » (***Formulaire***, p. 18, ***édit.*** de 1822.) Tant il est vrai qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil. Du reste, je me réjouis de cette coïncidence, puisqu'elle est une puissante garantie de la vérité de mes assertions. La méthode par doses fractionnées indiquée par M. Magendie ne vaut pas l'autre, ou du moins ne peut convenir qu'aux malades alités, car elle engendre une hébétude permanente et s'oppose à l'alimentation. Au demeurant, il est bien entendu qu'ici comme en toute autre occasion la dose n'est pas inflexible ; tel n'est soulagé que par deux ou quatre cuillerées ; tel autre, surexcité par une

simple cuillerée, n'obtient du calme qu'en réduisant encore cette dose, ainsi que nous l'avons vu, notamment chez un de nos confrères affecté d'un asthme catarrheux ; enfin, il est des sujets qui ne peuvent aucunement supporter les opiacés, d'où résultent pour eux des vertiges, de l'anxiété et autres accidents, ou qui n'en reçoivent aucun soulagement ; mais ces derniers cas sont rares.

Il est aussi bien entendu que le régime du malade sera mis en harmonie avec les exigences de la maladie et du remède : à savoir, qu'il évitera autant que possible toutes les causes provocantes, qu'il usera d'un régime doux et fera usage de boissons adoucissantes ; toutes précautions qui n'excluent pas l'exercice de professions assez actives, même celle de médecin.

En somme, nous recommandons le sirop d'acétate de morphine à tous les praticiens désireux d'abréger, de guérir ou au moins de pallier les catarrhes désolants qui peuvent aboutir à la mort par tant de voies diverses. Je suis convaincu pour ma part que de tous les remèdes opposés à cette malheureuse affection, il n'en est aucun de plus efficace que celui-ci ; sans préjudice de ceux exigés par les éventualtités de la maladie, tels que saignées générales et locales, révulsifs, résolutifs, etc., moyens qui par eux-mêmes suffisent si rarement pour guérir le catarrhe chronique. Comme preuve de la maturité des principes que nous exposons ici, nous rappellerons que déjà nous les avons esquissés dans le compte-rendu de notre *Clinique médicale* en juillet 1842 (page 27 et suiv.); il nous reste à formuler quelques propositions comme conclusion de ce qui précède :

1° La bronchite *initiale* bornée à l'enrouement, à la toux, à la douleur sous-sternale, sans fièvre ni oppression, est fréquemment enrayée, enlevée par l'administration de l'opium à dose modérée ; mais les occasions d'appliquer ce moyen s'offrent rarement aux praticiens.

2° Dans la bronchite *aiguë*, confirmée, avec fièvre, toux, oppression, crachats muqueux, l'opium échoue le plus souvent, et ne peut guère être employé que comme palliatif d'une douleur vive et d'une toux opiniâtre.

3° Dans la bronchite au *déclin*, et surtout à l'état *chronique*, lorsque la fièvre est nulle ou légère, la toux est quinteuse et la respiration assez libre, l'opium produit les résultats les plus salutaires.

4° Lorsqu'il existe oppression, crachats abondants et visqueux, san toux ni douleur intenses, l'opium cesse d'être indiqué et peut même aggraver les symptômes en s'opposant à l'expulsion des crachats.

5° L'opium est un remède essentiellement palliatif de la bronchite chronique ; mais souvent il parvient à la guérir en supprimant les élé-

ments toux, douleur et sécrétion, qui sont à la fois effet et cause de la bronchite.

6° Lorsque l'opium ne suffit pas pour guérir la maladie, il favorise puissamment l'action des moyens directement curatifs, soit en détruisant certains éléments de la maladie, soit en complétant l'œuvre des antiphlogistiques, soit enfin en neutralisant l'action stimulante de la plupart de remèdes dits altérants, résolutifs, etc.

7° L'opium convient peu aux personnes sanguines, pléthoriques, obèses; il convient spécialement aux personnes d'un tempérament sec, irritable, *nerveux*. Il produit de bons effets chez les enfants; mais il réclame beaucoup de prudence et de ménagements; il en est de même pour les vieillards.

8° Il est des idiosyncrasies qui se refusent absolument à l'emploi de l'opium, soit qu'il occasionne des accidents, soit qu'il ne produise aucun effet favorable.

9° De tous les sédatifs usités contre le catarrhe, l'opium est incomparablement le plus sûr et le plus efficace.

10° Parmi les préparations de l'opium, il en est qui méritent la préférence; tels sont les sels de morphine; la dose et le mode d'administration comportent des conditions essentielles à observer.

11° Le sirop d'acétate de morphine, à la dose d'une cuillerée à café, délayée dans un peu d'eau et prise le soir en se couchant, nous paraît le mode préférable dans la majorité des cas.

12° « Entre tous les remèdes dont le Dieu tout-puissant a fait présent aux hommes, il n'en est point de plus universel ni de plus efficace que l'opium..... Ce remède est si nécessaire à la médecine qu'elle ne saurait absolument s'en passer, et un médecin qui saura le manier comme il faut, fera des choses surprenantes. » (Sydenham.)

Prof. Forget.

DU TRAITEMENT EMPLOYÉ A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS, PAR M. A. DEVERGIE, POUR COMBATTRE LES ACCIDENTS SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

Depuis quelques années l'attention des praticiens s'est portée d'une manière toute particulière sur le traitement de la syphilis. De l'administration exagérée du mercure, on est brusquement passé à l'exclusion absolue de son emploi. La méthode antiphlogistique pure pour les accidents primitifs et les symptômes consécutifs, ou bien son union avec quelques sudorifiques dans les cas de syphilis, a remplacé dans les mains

de quelques médecins français, allemands et anglais, les préparations mercurielles. Plus tard, les formules ayant pour base l'iode et l'iodure de potassium surtout, ont été préconisées pour combattre les accidents secondaires et tertiaires, et M. Ricord est un de ceux qui ont le plus contribué à leur emploi.

Cependant il existe aujourd'hui une tendance à revenir au mercure; mais en vue surtout de l'action énergique du sublimé sur l'estomac et sur les poumons, quelques médecins ont accordé une certaine préférence, soit au mercure incorporé à l'axonge, comme dans les pilules mercurielles, soit au mercure au minimum d'oxydation, comme dans le mercure soluble d'Hanemann, soit même au calomel, et plus généralement au protoiodure de mercure; s'attachant dans tous ces cas à administrer une préparation mercurielle insoluble, dans le but de se garantir de l'influence fâcheuse que cette médication exerce sur l'économie dans certaines circonstances.

Dans ces diverses méthodes de traitement, il y a eu et il y a encore des exagérations. Peu de médecins savent se mettre en garde contre certains succès partiels et inattendus. On est porté à généraliser les faits, à étendre les formes d'une médication, et c'est un peu le défaut de notre époque, c'est-à-dire d'une époque de réaction, après des idées et des doctrines qui conduisaient à l'abnégation presque complète de médicaments dans le traitement des maladies. De là, les doses énormes d'iodure de potassium qui sont administrées aujourd'hui, celles du sulfate de quinine et de plusieurs autres médicaments, dans le but de combattre telle ou telle maladie.

C'est à l'hôpital Saint-Louis que l'on observe le plus d'accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, et les formes variées de maladies de peau qu'ils revêtent, constituent la classe d'affections que l'on connaît généralement sous le nom de syphilides. Or, dans ces sortes de cas le traitement que je mets en usage presque toujours ayant été couronné de succès, je crois devoir le faire connaître.

Il consiste dans une association de l'iodure de potassium, du sublimé et des sudorifiques, médicaments auxquels je joins dans certaines circonstances les préparations ferrugineuses, telles que les pilules de Vallet, et l'eau de Passy, suivant la constitution du malade et sa force. Dans quelques cas même je n'hésite pas à administrer quelques décigrammes d'extrait de quinquina par jour, pour relever les forces du malade.

Les accidents que je suis à même de traiter remontent souvent à 2, 4, 6 ou 8 ans. Les malades ont subi des traitements divers, et en général incomplets; ou bien ils arrivent épuisés par des médications énergiques et dans lesquelles cependant il n'entre pas de mercure.

Les uns ont été entre les mains de nos charlatans qui placardent les murs, les autres ont fait abus des sudorifiques, de la tisane de Feltz ou de celle de Zittemann.

Lorsque les malades ont fait un traitement mercuriel complet, c'est-à-dire d'une durée suffisante, avec une préparation mercurielle active, et dans des conditions hygiéniques convenables, je ne reviens pas à l'usage du mercure, j'ai recours à l'iodure de potassium dont je ne dépasse jamais la dose d'un gramme ou au maximum celle de quinze décigrammes par jour; mais ces cas sont extrêmement rares. Voici au surplus la marche que j'adopte le plus généralement.

1° J'ai pour principe de chercher à obtenir la guérison des phénomènes syphilitiques à l'aide d'un traitement interne, et autant que possible, je ne me dévie jamais de cette méthode; aussi les bains médicinaux, les applications locales sont-ils généralement exclus du traitement, durant le premier mois de la médication et même plus tard encore. Il faut en excepter les cas de *rupia*, dans lesquels une exsudation continuelle se formant sous les croûtes, cette sécrétion devient une cause d'irritation incessante pour l'ulcération de la peau, et contribue à son élargissement. Je fais alors tomber les croûtes au moyen de cataplasmes, et je fais opérer un pansement simple des surfaces ulcérées. Ces surfaces sont d'abord sensibles, quelquefois douloureuses; mais les auteurs ont singulièrement exagéré cette sensibilité.

2° Lorsque après six ou sept semaines de traitement, je vois encore persister quelques symptômes morbides qui tiennent à ce que la vitalité de la partie affectée a besoin d'être modifiée, comme cela a lieu dans les affections tuberculeuses à forme cancroïde, alors je m'adresse à des caustiques, et j'emploie de préférence le nitrate acide de mercure; non pas celui du Codex, que je considère comme contenant un trop grand excès d'acide nitrique; mais le nitrate cristallisé, dissous dans l'eau avec addition d'une quantité d'acide nitrique seulement suffisante pour opérer la dissolution de ce sel à l'état de saturation de l'eau. Il suffit alors de deux ou trois cautérisations pour opérer la guérison de ces phénomènes morbides. C'est surtout dans ces tubercules muqueux des lèvres, de la langue et des joues, avec production cornée d'un blanc mat, que j'applique cet agent.

La pommade de protoiodure de mercure, à un gramme par trente grammes d'axonge, est aussi mise en usage pour favoriser la cicatrisation de certaines plaies, telles que celles qui proviennent de la chute d'os nécrosés ou d'opérations faites pour extraire ces os.

3° Je n'hésite pas à prolonger pendant deux et même trois mois l'usage du mercure.

4° Je proportionne la dose du mercure à l'âge et à la force du sujet, et en général je ne fais jamais prendre plus de 12 milligrammes de sublimé par jour.

5° J'associe constamment le sublimé à l'opium.

Voici, au surplus, le traitement mis en usage : tous les jours un litre de tisane sudorifique. Dans le verre du matin d'abord, puis plus tard, dans celui du matin et dans celui du soir, une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Eau.	500 grammes.
Iodure de potassium	8 grammes.

Chaque cuillerée contient ainsi 25 centigrammes d'iodure ; le maximum de la dose est une cuillerée le matin, une cuillerée à midi, et une le soir.

Pendant les huit premiers jours une des pilules suivantes, prise le matin à jeun.

Extrait de gayac.	20 centigrammes.
Extr. aq. d'opium.	12 milligrammes.
Sublimé.	6 milligrammes.

Ce sont les pilules de Dupuytren, avec diminution de la quantité d'opium et de sublimé.

Les jours suivants le malade prend une pilule le matin et une le soir.

Le malade n'a pour nourriture que la demie d'aliments, il est à l'usage de lait au lieu de vin, il prend un bain simple par semaine.

Le sujet est-il affaibli par le travail, les veilles, la misère? Je prescris en même temps des préparations ferrugineuses, telles que le sirop de protoiodure de fer, contenant 2 grammes de protoiodure pour 500 grammes de sirop, 30 grammes par jour ; ou bien l'eau de Passy, les pilules de Blaud ou celles de Valet.

Y a-t-il eu de nombreux traitements administrés, et un amaigrissement assez considérable est-il survenu? j'ajoute aux ferrugineux l'usage de l'extrait de quinquina associé à la poudre de rhubarbe. Chez ces sortes d'individus, j'abaisse encore la dose de sublimé dans les pilules, et la porte seulement à 3 milligrammes par pilule, et une seule pilule par jour. Et qu'on ne croie pas qu'il y ait exagération dans ces doses fractionnées. Il existe encore en ce moment, dans mon service, un malade qui, depuis six ans, est sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle ; elle n'a été traitée que par la méthode antiphlogistique et les sudorifiques. Ce malade, dont l'observation a été publiée dans les journaux de médecine comme un exemple de guérison par l'hy-

drosudopathie, est arrivé à l'hôpital Saint-Louis dans un état de faiblesse extrême : la tête et les jambes couvertes d'ulcères très-larges, avec des os séquestrés qui ont nécessité l'application de couronnes de trépan, etc. Eh bien, l'usage d'une seule pilule de Dupuytren, à la dose de 6 milligrammes de sublimé, détermina chez lui, en peu de temps, de la salivation avec vacillation des dents. Sous l'influence du traitement mercuriel à faible dose, associé à l'iodure de potassium, aux ferrugineux et aux toniques, la santé de cet homme s'est tellement améliorée, qu'il a repris force, embonpoint ; tous ses os nécrosés sont tombés ; les ulcères sont cicatrisés ; il ne reste plus qu'à obtenir la cicatrisation complète de l'énorme plaie que l'on a pratiquée à la jambe.

J'accorde d'ailleurs peu de confiance aux préparations mercurielles insolubles, et notamment au protoiodure de mercure, que quelques médecins ont préconisés. Leur influence est variable en raison du mode préparatoire du protoiodure et du temps depuis lequel il est préparé. J'affirme n'avoir jamais vu la santé altérée par l'administration du sublimé à petite dose, pourvu qu'on l'associe à l'opium, et je n'hésite pas à prolonger son emploi pendant deux, trois et quatre mois, si cela est nécessaire au traitement des accidents secondaires.

A. Devergie.

RÉFLEXIONS SUR L'EMPLOI DES ANTIMONIAUX DANS LA PNEUMONIE, ET SUR LA PRÉFÉRENCE QUE L'ON DOIT DONNER A L'OXYDE BLANC D'ANTIMOINE, SUR LE TARTRE STIBIÉ DANS CETTE MALADIE.

« Lorsqu'on possède un bon, un excellent remède, comme le tartre sitibié à haute dose, il est insensé de courir après un autre ; lorsqu'il s'agit d'une maladie grave comme la pneumonie, il y a danger et culpabilité peut-être à tenter de chanceuses expérimentations. » (*Bulletin de Thérap.*, tome 25ᵉ, page 336). Cette double sentence me plaît, elle décèle un esprit droit et consciencieux, qualité inappréciable chez un médecin. Je la cite avec satisfaction, je la prends pour type et je dis : Lorsqu'à côté d'un remède puissant, il est vrai, mais fréquemment nuisible et quelquefois funeste, s'en trouve un autre également puissant, mais sans inconvénient pour les malades, et n'occasionnant jamais d'effets déplorables, « il serait insensé, il y aurait danger et culpabilité » à donner la préférence au premier sur le dernier. L'enthousiasme inconcevable avec lequel on traite aujourd'hui la pneumonie par l'émétique à haute dose, amène naturellement cette réflexion (1).

(1) S'il est une médication qui ait été largement expérimentée depuis

Rasori le premier, et Laënnec après lui, ont donné naissance à cette méthode. Tous deux et bon nombre de leurs partisans, tout en proclamant les succès obtenus par ce sel, lui reconnaissent néanmoins des impossibilités et aussi des inconvénients manifestes dont on semble ne pas tenir compte généralement ; ce qui est un tort grave à mon avis, et trop souvent la cause de fâcheux mécomptes.

En effet, jamais on ne peut espérer un prompt résultat de l'emploi de l'émétique à haute dose : il faut d'abord tâtonner les susceptibilités individuelles, savoir s'il sera ou non toléré, et s'il le sera plus ou moins promptement, ce qui expose à une perte de temps quelquefois considérable, et compromettante par cela même.

Obs. I. Naguère, un père de famille d'une cinquantaine d'années fut atteint d'une pleurésie qui, traitée convenablement, guérit assez vite. Mais s'étant imprudemment exposé au froid et à l'humidité, tout aussitôt une pneumonie grave se déclara. On lui opposa encore des saignées, des sangsues, et autres moyens secondaires de même ordre, sans succès. On eut recours à l'émétique, qu'on administra pendant deux fois vingt-quatre heures sans tolérance, et à la fin du troisième jour le malade n'était plus de ce monde.— Ma conviction est que, si on se fût servi de l'oxyde blanc d'antimoine, on aurait obtenu un meilleur résultat.

Obs. II. Une jeune dame d'une vive impressionnabilité est affectée de pneumonie ; une première dose de tartre stibié donne lieu à des convulsions et à des angoisses peu rassurantes qui forcent à suspendre ce médicament. Des loochs blancs ordinaires, avec addition de 2 et 3 grammes d'oxyde blanc d'antimoine, la guérissent sans obstacle.

Obs. III. Un jeune homme, à la suite d'une chasse très-pénible en hiver, fut atteint de pneumonie ; le traitement antiphlogistique d'abord, et l'émétique à haute dose ensuite, firent justice de l'affection ; mais la

une quinzaine d'années, c'est assurément celle des antimoniaux dans la pneumonie. — Le tartre stibié à haute dose, l'oxyde blanc d'antimoine, ont été donnés à pleines mains, soit seuls, soit précédés par une ou plusieurs saignées. Chaque praticien a, pour ainsi dire, son expérience faite à cet égard.— Qu'on ait abusé de l'émétique à haute dose, qu'il ait été infidèle dans quelques cas, dans d'autres nuisible, nous le reconnaîtrons volontiers ; mais ce que nous ne pouvons admettre avec M. Galliay, c'est que le tartre stibié à haute dose soit le plus ordinairement dangereux, funeste, même quand il y a opportunité d'emploi. — M. Galliay se loue hautement et toujours de l'administration de l'oxyde blanc dans les circonstances qui indiquent le tartre stibié. Ce résultat de sa pratique fixera l'attention de ses confrères. L'oxyde blanc d'antimoine n'est pas abandonné, mais il est moins employé qu'autrefois, chez les adultes surtout ; rappeler sa valeur thérapeutique et ses indications, est donc une chose utile. (*Note du rédacteur.*)

violence des vomissements donna lieu à une duodéno-hépatite avec un ictère très-prononcé qu'il a fallu soigner secondairement.

Obs. IV. Une femme en condition, âgée de trente-six ans, grande, maigre, poitrine étroite, omoplates détachées du corps, joues couleur écarlate, toux, voix émoussée, a déjà éprouvé plusieurs hémoptysies; en outre, elle appartient à une famille dans laquelle la phthisie pulmonaire est originelle. Cette femme, dans trois années successives et presque à la même époque, a été atteinte de pleuro-pneumonies qui lui ont fait courir les plus grands dangers; la dernière surtout, en janvier 1844, à laquelle il paraissait impossible qu'elle survécût. Eh bien, une saignée de deux palettes au plus, un petit nombre de sangsues sur la douleur pleurétique, et immédiatement des loochs à la gomme avec addition progressive de 2, 3 et 4 grammes d'oxyde blanc d'antimoine, ont chaque fois, à notre grand étonnement, triomphé de la maladie. Je doute qu'en pareille circonstance il se trouvât un médecin praticien qui se permît l'emploi de l'émétique à haute dose.

M. Mascarel (*Journ. des connais. méd.-chirurg.*, tom. VIII, pag. 251), écrivant sur la pneumonie des vieillards, dit : « que la médication par l'émétique à haute dose a pour effet de jeter le malade dans une sorte de prostration momentanée; la voix se casse, la peau devient moite et pâle, sa température s'abaisse, la respiration se ralentit, la sensibilité et la mobilité sont diminuées, et quelquefois il survient des tremblements dans les membres. » L'auteur appelle cela des symptômes favorables! J'ai eu occasion de les observer, même sur des adultes, et je puis assurer qu'ils m'ont paru bien chanceux, très-pénibles pour les malades, et fort peu rassurants pour le médecin. »

Plus loin l'auteur ajoute : « Il apparaît dans la bouche des plaques rouges, des pustules ou de fausses membranes, avec empâtement, nausées et vomissements même. Cette éruption stibiée, dit-il encore, ne contre-indique pas la continuation du médicament; on doit seulement en diminuer la dose (1). » Je ne partage pas cette opinion, et je pense au contraire qu'une médication qui donne lieu à tant de désordres et d'accidents, ne saurait être tolérée que dans des cas absolus où il ne serait pas possible de lui en substituer une autre, moins incommode et surtout moins hasardeuse.

(1) Il n'est pas nécessaire que la dose de l'émétique soit très-forte, ni concentrée dans une petite quantité de véhicule, pour que cet effet soit produit : après une seule potion de 30 centigrammes d'émétique pour 540 grammes de liquide, un malade ressentit de la cuisson à la gorge et présenta une exsudation crémeuse sur le voile du palais. (*Bulletin de Thérapeutique*, tome XXV, page 213.)

On lit ces mots bien significatifs sur la méthode stibiée, dans le *Bulletin de Thérap. médic.*, tom. XIV, pag. 375. « Les premières doses de cette potion causèrent un *malaise inexprimable ;* mais cette lutte entre le mal et le remède fut terminée à l'avantage de celui-ci. » Il est permis de croire que ce combat, dans l'opinion de l'auteur, pouvait avoir une terminaison funeste. Or, jugez de la position du malade et de l'anxiété du médecin qui attendent l'issue d'une pareille *lutte*.

Le kermès a aussi ses partisans, et quelques médecins l'emploient et l'indiquent même avec une sorte de prédilection. Mais on en conviendra sans peine, son action et ses effets étant pour ainsi dire identiques, il ne doit pas être apprécié autrement que l'émétique. M. Baudelocque s'exprime ainsi à son occasion : « Le kermès est mal supporté par les enfants, et il est susceptible d'accidents sur les voies digestives. » (*Bulletin de Thérap.*, tom. V, pag. 78.)

Dans les divers journaux de médecine on lit des observations en foule d'auteurs qui ont à se plaindre de l'action nuisible de l'émétique ; nous citerons les plus notables dans la science : MM. Rayer, Bricheteau, Chomel, Andral, Trousseau, Pidoux, et un grand nombre d'autres, moins connus, mais non moins recommandables, et qu'il serait trop long de nommer.

Obs. V. Un homme de peine, robuste, d'une trentaine d'années, tempérament lymphatique et sanguin, est atteint de pneumonie intense. On le soumet à un traitement antiphlogistique sévère qui amende la maladie il est vrai, mais ne la guérit pas complétement aussi vite qu'on l'aurait désiré. En conséquence, on donne l'émétique à haute dose qui met fin à l'affection. Néanmoins une inflammation couenneuse de toute la bouche et probablement de l'œsophage en est le résultat immédiat. On trouve un fait presque identique, mais d'une fâcheuse terminaison, au *Bulletin de Thérap.*, tom. XXV, pag. 370.

Obs. VI. Le 8 mars 1844, un élève de l'École normale, plein de vie et de santé, à la suite d'une longue promenade par un temps froid et sec, fut saisi d'un point de côté fort incommode ; toutefois, n'étant accompagné ni de fièvre ni de toux, le diagnostic fut une pleurodynie. Mais dans la nuit survinrent la fièvre, la toux et le crachement de sang. Plus d'équivoque alors sur l'existence d'une pleuro-pneumonie franche. Aussitôt, application de 15 sangsues sur le point douloureux, et immédiatement des loochs blancs avec addition croissante de 4, 6 et 8 grammes d'oxyde blanc d'antimoine. Par ces moyens la maladie est doucement parvenue à son terme dans l'espace de six jours, au point que le 14, ce jeune homme s'est rendu dans sa famille en congé de convalescence.

Enfin, MM. Bouillaud et Forget prétendent que l'émétique peut

donner la mort par les seules efforts du vomissement. Voici comment ils expliquent le fait, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XVIII, pag. 21 :

« Les nausées et les vomissements sont accompagnés de cardialgie, de brisement des forces, de collapsus, de lipothymie incomplète, ce qui détermine la stase, et par suite, la coagulation du sang dans les cavités du cœur. Les caillots une fois formés tendent incessamment à grossir par addition de substances, à contracter des entrelacements avec les colonnes charnues, etc. De là, arrêt progressif de la circulation, et l'extinction de la vie par syncope lente. Quoi qu'il en soit, ajoute M. Forget, un fait pareil est exceptionnel et peut-être unique dans la science, c'est-à-dire, tout à fait en dehors des prévisions possibles. »

Oui, répondrons-nous, durant l'ignorance du fait; mais aujourd'hui que l'expérience a parlé, qui pourrait affirmer qu'il est le seul dans l'espèce? Un praticien oserait-il maintenant, sans une coupable témérité, se livrer aux chances d'une thérapeutique si périlleuse?

Cependant, continue M. Forget : « Est-ce à dire qu'on doive désormais bannir l'emploi de l'émétique à haute dose, maintenant qu'il est démontré, du moins pour nous, qu'il peut causer la mort, dans les cas même où il est le mieux indiqué? Non, sans doute, » dit-il tout de suite : « pas plus qu'on ne doit renoncer à l'amputation parce qu'elle est parfois suivie d'accidents mortels. »

Je regrette de ne pouvoir partager l'opinion de cet habile médecin, et je pense, au contraire, qu'on doit humainement et consciencieusement, toutes les fois qu'on le peut avec avantage, lui substituer un succédané qui n'expose à aucun danger; et l'exemple de l'amputation me paraît mal choisi, ce me semble, parce qu'on ne peut la remplacer par rien, et qu'elle est une condition absolue, *sine qua non*, de la vie de celui qui est dans la dure nécessité de s'y soumettre.

Oserait-on prescrire l'émétique à haute dose dans des pneumonies concomitantes de gastrite aiguë, d'anévrysmes du cœur ou des gros vaisseaux, de grossesse, et aussi chez des sujets à constitution évidemment phthisique ou apoplectique? Je ne le crois pas. Et si, dans ces circonstances, la science était prise au dépourvu, il serait mieux et plus prudent de déférer aux sages conseils émis par M. Forget lui-même : « De s'en tenir aux médications douces, simples, rationnelles, qui, si elles opèrent lentement, n'exposent pas du moins le praticien aux remords d'avoir commis un homicide involontaire. » (*Bull. Th.*, t. XVIII, pag. 23.)

Mais là ne se bornent pas les ressources de la thérapeutique : elle possède un moyen éprouvé qu'elle peut utiliser sans danger et que, dans

tous les cas, elle peut avantageusement substituer à l'émétique, sans crainte de donner lieu à des accidents.

J'ai déjà, dans le cours de cet écrit, nommé l'acide antimonique ou oxyde blanc d'antimoine : fidèlement préparé, il n'est point inférieur aux propriétés curatives de l'émétique, et il n'a aucun de ses inconvénients. Ne donnant pas lieu à des nausées ni aux vomissements; ne purgeant pas ou très-rarement et très-faiblement, il n'y a point de tolérance à attendre, avantage des plus précieux pour la promptitude de ses effets. En outre, l'absence des nausées et des efforts des vomissements fait qu'il n'y a point à craindre ce *malaise et ces angoisses inexprimables*, qui semblent être une *lutte* entre l'action du remède et la résistance du principe morbide; et par la même raison, il n'y a ni *cardialgie*, ni *brisement des forces*, ni *collapsus*, ni *lipothymie*, ni *stase sanguine dans les cavités du cœur, qui puissent trancher la vie par syncope lente.*

L'emploi de l'acide antimonique n'est nullement redoutable dans les pneumonies coexistant avec des gastrites, des anévrysmes internes, la grossesse, la constitution phthisique ou apoplectique. Il n'occasionne pas des pustules à la bouche, des angines couenneuses, et non plus le gonflement de la langue, ni celui des gencives avec accompagnement de salivation; et comme il n'a point de saveur désagréable, et qu'elle est peu prononcée, il a l'avantage d'être pris sans répugnance, condition toujours favorable au succès d'un médicament.

Ce n'est point sur une trentaine d'observations seulement, comme M. Sœquet de Lyon (*Bull. de Th.*, t. XXIV, pag. 393), que je fonde ma confiance en cet agent curatif; je ne saurais nombrer tous les cas où je l'ai employé depuis dix ans et plus, dans les circonstances les moins opportunes, même dans des cas de gastrite intense (*Bull. de Th.*, t. XII, pag. 384), et dans un pays très-élevé, voisin des montagnes, où la température varie brusquement, en toutes saisons, et souvent plusieurs fois dans la journée. Rarement il a manqué son effet, et dans ses insuccès, je n'ai jamais eu d'accidents à déplorer.

Ce ne sont pas mes observations seules qui ont servi à former ma conviction; j'ai aussi consulté celles d'un bon nombre de mes confrères, et j'en connais plusieurs qui ont totalement abandonné l'émétique, dans le traitement de la pneumonie, depuis qu'ils ont reconnu la puissance et l'innocuité de l'oxyde blanc d'antimoine.

De tout ce qui précède, il faut rigoureusement conclure, ce me semble, que dans le traitement de la pneumonie aiguë qui exige les préparations antimoniales, il faut donner la préférence à l'oxyde blanc d'antimoine bien préparé sur l'émétique à haute dose, sous peine d'ac-

cidents graves et même de la mort, ce qui est reconnu possible aujourd'hui : et qu'on ne doit se permettre l'administration de l'émétique que dans les cas rares où on n'aurait point à sa disposition de l'acide antimonique.

J'ai toujours prescrit ce médicament à la dose de 1 gramme, et progressivement jusqu'à 8, selon les individualités et l'intensité de la maladie, dans 150 grammes d'un looch ordinaire ou d'une potion gommeuse, par cuillerées à bouche, d'heure en heure.

GALIAY, D.-M.
A Tarbes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES BUBONS ET LEUR TRAITEMENT.

Nous sommes loin aujourd'hui de l'époque où Nicolas Massa et plusieurs autres auteurs conseillaient de ne rien négliger pour amener les bubons à suppuration, parce qu'ils supposaient que ces tumeurs étaient des émonctoires par lesquels la matière morbide devait s'écouler. Leurs préceptes sont à juste raison oubliés, et la première indication que l'on doit suivre dans le traitement des bubons, est de tenter, dès le début, et par tous les moyens possibles, leur résolution.

Les applications de sangsues, les topiques émollients, les bains généraux, les boissons rafraîchissantes et quelquefois laxatives, des aliments légers et peu abondants, le séjour au lit, constituent tout le traitement à employer dès l'apparition d'un bubon. Mais l'application des sangsues est, sans contredit, le moyen le plus efficace; posées en nombre déterminé autour de la tumeur, renouvelées aussi souvent que le cas peut le réclamer, elles m'ont fait obtenir bien des fois la résolution de bubons même très-volumineux, et cela dans le rapport de cinquante sur cent.

Divers autres moyens ont été proposés pour arrêter le développement des bubons; parmi eux je citerai les incisions sous-cutanées et la compression.

M. Ricord a été un des premiers à proposer les incisions sous-cutanées dans le traitement des engorgements ganglionnaires des aines;

mais il n'y a recours que quand il n'existe que quelques ganglions isolés, tuméfiés, que le tissu cellulaire n'est pas affecté, et que la peau est libre d'adhérence; il a pour but, en divisant la coque fibreuse du ganglion, de convertir une inflammation avec étranglement en inflammation simple. Quand le tissu cellulaire est pris, et avant la période de suppuration, le débridement sous-cutané ne pouvant plus être exécuté, M. Ricord se contente de pratiquer plusieurs ponctions dans toute l'épaisseur de la tumeur, à six ou huit millimètres de distance les unes des autres.

M. Diday, de Lyon, a aussi demandé aux incisions sous-cutanées la résolution des bubons; mais sa méthode et son but ne sont pas les mêmes que ceux de M. Ricord. Le chirurgien de Lyon ne veut qu'inciser les vaisseaux lymphatiques qui, des parties génitales, vont aux ganglions, et empêcher ainsi le transport du virus syphilitique des chancres qui peuvent exister aux organes de la génération à ces ganglions. Mais en procédant de cette manière, peut-on jamais être sûr de ne pas laisser échapper un seul de ces vaisseaux? or, l'opération échoue par là même. De plus, pour que cette section soit indiquée, il faut que les ganglions commencent à se tuméfier, et cette tuméfaction n'est-elle pas déjà le résultat de l'arrivée du principe morbide et délétère? car si elle n'implique pas nécessairement que l'absorption virulente a eu lieu, elle fonde au moins une forte présomption en faveur de son établissement.

La compression a été aussi recommandée pour amener la résolution des bubons; prônée surtout par les chirurgiens anglais, et entre autres par les docteurs Fergusson et Schoulein, elle doit être établie méthodiquement, et ne jamais produire de la douleur; l'efficacité de ce moyen est facile à constater, et on a cru remarquer que les individus porteurs d'un bandage herniaire bien fait sont plus rarement atteints de bubon du côté correspondant au bandage. On a proposé une foule de moyens de compression; des compresses épaisses et un spica de l'aîne convenablement appliqués suffisent dans la majorité des cas.

Lorsque, sous l'influence d'un ou de plusieurs de ces moyens, la tumeur diminue, l'inflammation et la douleur cèdent, on doit avoir recours à des pansements résolutifs; ainsi on prescrira des cataplasmes arrosés avec l'acétate de plomb, des frictions locales avec l'onguent napolitain, la pommade au protoiodure de mercure, les divers emplâtres fondants, et enfin l'emploi des briques chaudes du docteur Henrotay d'Anvers, dont nous parlerons plus loin.

Mais, dans la moitié des cas, ainsi que je l'ai dit plus haut, les bubons arrivent à la suppuration; quand cette terminaison a lieu, il importe de

donner issue au pus, car on ne suit plus aujourd'hui les conseils de Swédiaur, qui recommandait de laisser l'abcès s'ouvrir spontanément; des cicatrices difformes et tardives étaient souvent la suite de cette temporisation.

Les diverses méthodes préconisées pour l'ouverture des bubons sont très-nombreuses; parmi elles j'étudierai l'incision, les ponctions simples ou multiples, les caustiques physiques et chimiques, et enfin ma méthode des vésicatoires.

L'incision a été et est encore généralement conseillée, et les auteurs qui la préconisent prescrivent presque tous de lui donner une direction dans le sens du pli de l'aine. Ils disent qu'en l'établissant ainsi, elle se trouve parallèle au plus grand diamètre de la tumeur, et évite les décollements consécutifs, les clapiers, les trajets fistuleux, les cicatrices difformes et apparentes. Il est bien difficile de croire à la réalité de tous ces avantages, car toujours j'ai observé que ces incisions donnaient lieu aux désordres auxquels elles devaient si facilement remédier. En effet, les mouvements de la cuisse rapprochent aisément les bords de la plaie, ceux-ci, irrités par leur frottement réciproque, se renversent, ou bien, amincis par le travail de la suppuration, ils s'emboîtent réciproquement, irritent le fond de la plaie, ou bien deviennent épais et calleux. Aussi je proscris entièrement l'incision transversale pour l'ouverture des bubons inguinaux, et s'il me fallait avoir recours au bistouri, je préférerais une incision parallèle à l'axe du corps, et ayant une petite étendue. Par cette direction, les bords de la plaie ne sont plus soumis à des frottemens réitérés, conservent leur état normal, et à l'aide de positions diverses données au membre, on peut, ou laisser l'ouverture béante, ou rapprocher ses bords, et favoriser ou hâter ainsi la cicatrisation.

Les ponctions multiples ont été préconisées surtout par le docteur Blanche, de Rouen. Ce chirurgien ayant fait appliquer des sangsues sur un bubon qui s'abcéda, s'aperçut que le pus suintait en gouttelettes par les piqûres. La tumeur, pansée avec les émollients, s'affaissa peu à peu, des adhérences s'établirent entre la peau et les parties voisines, et la guérison fut promptement obtenue. Content de cette heureuse issue, M. Blanche s'efforça de faire artificiellement ce qu'une circonstance fortuite lui avait appris.

Voici de quelle manière il procède : un bubon étant en suppuration, il fait avec un bistouri à lame étroite plusieurs ponctions à la distance l'une de l'autre de dix millimètres environ, et en nombre proportionné à l'étendue de la tumeur; cela fait, on introduit quelques brins de charpie dans chaque ouverture, et on applique un cataplasme émollient. Il faut avoir soin de ne pas presser sur le bubon pour en faire sortir le

pus, celui-ci devant s'écouler lentement et par la rétraction graduelle des parois de l'abcès.

Quand on suppose que le pus est encore renfermé dans la coque fibreuse d'un ganglion isolément engorgé, ce que l'on reconnaît à l'absence de toute fluctuation, à la douleur qu'éprouve le malade, M. Ricord propose de faire une ouverture par une simple ponction directe, et reconnaît à ce mode l'avantage d'empêcher les décollements de la peau et de ne gêner en rien la résolution, par les moyens appropriés, du reste de la tumeur.

Les divers caustiques ont joui et jouissent encore d'une grande vogue dans le traitement des bubons suppurés. En première ligne, nous devons placer le cautère actuel. Il a pour effets immédiats de désorganiser les tissus sur lesquels il est appliqué, et en même temps de réveiller énergiquement la vitalité dans les parties voisines, et son action est très-rapide. Ces divers avantages ne se rencontrent pas au même degré dans les caustiques chimiques. La potasse caustique, la poudre de Vienne, assez souvent employées, ont une action plus bornée; elles ne communiquent pas aux tissus environnants cette excitation si manifeste, résultat de l'application du feu; en outre, l'eschare produite par les caustiques physiques se détache plus tôt, et il est plus facile de limiter leur action.

Dans ces derniers temps, la cautérisation physique a été perfectionnée, et le docteur Dayrne, de Marseille, a eu recours, dans son application, au procédé des ponctions multiples dont j'ai parlé plus haut. Les instruments dont il se sert sont un cautère fin de deux à trois millimètres de diamètre, terminé en pointe mousse, et d'environ seize à vingt-deux centimètres de long, et un petit conducteur en fer monté sur un manche en bois, et servant à limiter le point à cautériser. Le cautère, rougi à blanc, doit être porté jusque sur les ganglions malades; il doit rapidement agir pour que l'action du feu ne s'étende pas trop loin. M. Dayrne reconnaît pour avantages à son mode de cautérisation de vider les collections purulentes, de faciliter l'adhésion des parois, de faire cesser instantanément la douleur, quelque forte qu'elle existe, et d'amener la guérison en dix ou quinze jours, quelquefois plus tôt : ordinairement une seule cautérisation suffit. J'ajouterai que M. Dayrne emploie aussi son procédé dans l'état indolent des bubons.

La plupart des moyens de donner issue au pus que je viens de faire connaître ont été employés par moi pendant longtemps et sur un grand nombre de malades, lorsque j'avais vainement tenté d'en prévenir la formation; j'ai fait aux bubons, avec l'instrument tranchant, des ouvertures dans toutes les directions et de toutes les grandeurs; j'ai pratiqué ces ouvertures dès l'apparition du pus, et alors qu'il n'était pas

encore réuni en foyer, et j'ai attendu d'autres fois que la collection fût parfaitement formée, et que toutes les indurations du voisinage fussent détruites, comme on le dit, par la fonte purulente ; j'ai souvent attendu que la peau fût très-amincie, ou même que la nature donnât elle-même issue au pus : j'ai appliqué les caustiques chimiques sur les bubons à toutes les époques de leur durée, je les ai ouverts avec le cautère actuel et je me suis servi tour à tour des cautères en roseau de quatre, six, huit millimètres de diamètre.

J'ai employé comparativement tous ces moyens sur des hommes placés dans les mêmes circonstances extérieures, et aussi sur des malades atteints de bubons doubles, et après des essais variés de mille manières, j'étais arrivé à ce résultat, que les petites ouvertures sont plus avantageuses pour donner issue au pus que les grandes incisions, que les caustiques chimiques valent mieux que l'instrument tranchant, et que les cautères, à peine de quelques millimètres de diamètre, doivent être préférés à tous les autres moyens.

Mais, malgré tous mes efforts, de nombreux malades présentaient souvent encore des plaies blafardes et à bords renversés, des décollements et des destructions de peau, qui prolongeaient indéfiniment leur séjour dans les salles, et que la pourriture d'hôpital envahissait encore fréquemment.

J'avais quelquefois tenté d'appliquer des vésicatoires sur les bubons à diverses époques de leur développement ; le peu de succès de mes expériences m'avait fait abandonner à peu près ce moyen, lorsque les observations que M. Malapert publia dans les *Archives générales de médecine* de mars 1832, vinrent ranimer mes espérances : j'employai d'abord le vésicatoire tel que le recommande le docteur Malapert ; mais bientôt je crus devoir modifier sa méthode ainsi que je vais le dire.

Dès que la suppuration est bien établie dans un bubon, j'applique au centre du point fluctuant un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes à un franc, suivant l'étendue de la tumeur ; lorsque la phlyctène est bien formée, je l'enlève en entier, j'essuie la partie, et je place sur le derme un plumasseau trempé dans une dissolution d'un gramme de chlorure mercurique dans trente grammes d'eau distillée ; deux heures après, la plaie est occupée par une eschare superficielle ; je réapplique un nouveau plumasseau dans les cas rares où l'eschare n'est pas parfaitement formée, et je recouvre ensuite toute la tumeur d'un large cataplasme émollient, et l'eschare ne tarde pas à se détacher.

Le premier effet du vésicatoire et du plumasseau escharotique est

l'épaississement marqué de la peau qui recouvre le foyer ; trente-six ou quarante-huit heures après la formation de l'eschare, et dès que celle-ci commence à se détacher, il se fait une filtration de liquide séro-purulent à travers le derme aminci. Cette filtration augmente à mesure que l'eschare tombe, et devient quelquefois très-abondante après sa chute complète. Pendant ce temps, le bubon s'affaisse et ses parois, dans lesquelles le vésicatoire a déterminé une vive inflammation adhésive, se recollent de la circonférence au centre.

Quelquefois le premier vésicatoire ne suffit pas pour laisser transsuder le pus, ou du moins les éléments les plus liquides du pus contenu dans l'abcès ; le recollement s'opère seulement dans une certaine étendue, le foyer se trouve circonscrit dans des limites plus étroites, et une nouvelle application devient nécessaire pour achever la guérison.

Quelquefois aussi, soit que la peau soit trop amincie, soit que cette enveloppe ne présente pas la même densité et la même résistance chez tous les individus, ou que le vésicatoire agisse avec plus d'énergie dans certains cas, l'eschare donne lieu à un pertuis capillaire par lequel le bubon se vide lentement ; mais l'inflammation de ses parois n'en suffit pas moins pour en déterminer l'adhésion, et la guérison a lieu avec la même rapidité ; d'autres fois enfin, et très-rarement du reste, le vésicatoire et le plumasseau escharotique agissant sur une peau plus amincie encore, la détruisent dans toute son épaisseur et font un emporte-pièce fort semblable à celui que produit la pierre à cautère, ou la poudre de Vienne ; mais le recollement des parois de l'abcès a encore ici ordinairement lieu, comme dans les cas précédents, et, après quelques jours, il ne reste qu'une plaie simple, que quelques pansements bien dirigés feront aisément cicatriser.

Dans ce cas, qui est sans contredit le plus fâcheux et qui se présente très-rarement dans ma pratique, les malades sont dans la condition de ceux sur lesquels on a employé les caustiques physiques et chimiques, mais moins exposés que ceux-là aux décollements de peau et aux trajets fistuleux, le vésicatoire agissant bien plus puissamment que ces derniers moyens pour déterminer l'adhésion des parois de l'abcès. Il ne faut pas perdre de vue, du reste, que toutes les fois que la peau est très-amincie, on doit surveiller attentivement l'action du plumasseau escharotique, ne le laisser qu'une heure, s'il paraît agir rapidement, éviter en un mot, le plus possible, la destruction complète du derme.

Tel est le moyen auquel j'ai recours depuis plus de douze ans, et qui pendant un si long temps m'a constamment procuré, dans l'immense majorité des cas, les succès les plus heureux ; en dehors des divers

avantages que je lui ai reconnus, il en est un que les autres méthodes ne peuvent amener, c'est que le vésicatoire ne laisse aucune trace appréciable de la maladie, quoi qu'en aient dit quelques auteurs, qui, sans doute, l'avaient mal appliqué.

Aussi j'ai entièrement banni de ma pratique les incisions, et les divers caustiques chimiques; cependant j'ai recours aux premières pour l'ouverture des bubons cruraux, qui n'étant pas fatigués par les mouvements d'une articulation comme ceux qui ont leur siége dans l'aine, rentrent dans les conditions des abcès ordinaires. De même, quand un malade arrive à moi avec un bubon avancé, quand la suppuration est manifeste et la peau si amincie que, sans contredit, le vésicatoire n'aurait aucune chance de succès, j'ai alors recours aux petits cautères et roseaux, et si l'excitation de cette cautérisation n'a pas été suffisante, comme cela arrive souvent, pour amener le recollement des parois, je favorise leur adhésion à l'aide de petits vésicatoires, et cette manière de faire était en usage dans les hôpitaux maritimes de Toulon, bien avant qu'on en eût parlé dans les auteurs qui paraissent vouloir se l'approprier.

Quand les bubons ont été mal soignés, ouverts par l'instrument tranchant, ou par une mauvaise application des divers caustiques chimiques, il arrive souvent que les bords de la plaie se renversent en dehors ou en dedans, que des décollements étendus se présentent; alors le fond de l'abcès, soumis à des causes incessantes d'irritation, se convertit en un ulcère grisâtre, avec grande tendance à s'accroître et à s'agrandir; des trajets fistuleux peuvent aussi se présenter; dans ces circonstances, il faut agir localement, modifier autant que possible la plaie résultant de l'ouverture du bubon. On a conseillé de faire des contre-ouvertures, de traverser les parties avec des bandelettes à séton, de reséquer es lambeaux de peau décollés et les bords indurés et renversés, et ensuite de panser la plaie avec des plumasseaux trempés dans des liquides émollients ou légèrement stimulants, et parmi ces derniers on a surtout préconisé le vin miellé, une solution de sulfate de cuivre, d'acétate de plomb, de chlorure de soude. Je donne ordinairement la préférence au vin miellé, et quand il ne réussit pas, je fais pratiquer dans les parois de l'abcès, sous la peau décollée, une injection avec eau distillée, 30 grammes, chlorure mercurique, 50 centigrammes. Quand l'adhésion des parties n'a pas eu lieu à la suite de l'emploi de ces divers moyens, alors j'ai recours aux vésicatoires, et à l'aide de l'inflammation artificielle qu'ils suscitent, je parviens souvent à faire recoller les parois de l'abcès et à obtenir une cicatrisation solide; je me suis vu, bien rarement, dans l'obligation d'exciser autour des bubons

les lambeaux de peau dont l'adhésion n'avait pu être obtenue.

Quand à la suite de l'ouverture du bubon les bords de la plaie se sont effacés, et qu'il n'y a plus qu'un large ulcère, il faut avoir recours aux moyens locaux, changer la nature de cet ulcère et faciliter la cicatrisation par des moyens bien ordonnés : des plumasseaux chargés d'onguent styrax, de baume d'Arcéus, etc., seront alors employés ; en même temps on excitera le fond de la plaie par des applications de nitrate d'argent, de la solution mercurielle d'un gramme, et même avec du nitrate acide de mercure : j'ai souvent obtenu de bon résultats de l'usage de la pommade créosotée, et de ces dernières applications locales, que je préfère à la poudre de cantharides que M. Ricord, à l'exemple de Dieffenbach, a beaucoup louée.

Il me reste, pour terminer ce que j'avais à dire sur le traitement des bubons, à faire connaître les moyens mis en usage contre leur induration. On sait que dans quelques circonstances l'action inflammatoire n'est pas franche, et que la tumeur ganglionnaire prend alors, dès le début, l'état indolent, ou bien cet état succède à la période aiguë; les moyens de curation doivent ici varier : les divers emplâtres fondants, les frictions locales avec l'onguent mercuriel, les diverses préparations d'iode, et surtout avec la pommade au protoiodure de mercure (axonge, 30 grammes, protoiodure de mercure, de 3 à 5 grammes), dont j'obtiens les plus heureux résultats, doivent être employés. Dans ces cas, j'ai eu recours, et avec d'assez nombreux succès, à ma méthode des vésicatoires, qui agit, soit en stimulant le bubon et facilitant ainsi sa résolution, soit en déterminant une recrudescence franche de l'inflammation et le retour à l'état aigu : aujourd'hui j'emploie rarement les vésicatoires dans l'état indolent des bubons, et je les ai remplacés par l'emploi des briques chaudes, que le docteur Henrotay, d'Anvers, a recommandé il y a quelques années. Ce médecin a la plus grande confiance dans ce moyen; et dans ses essais, il a remarqué que la chaleur est une condition très-importante pour la réussite, car la même compression sans chaleur est loin de produire des effets aussi salutaires.

Voici de quelle manière on applique ce nouveau moyen de compression :

On prend deux briques ordinaires coupées dans leur milieu pour s'appliquer plus convenablement sur les régions inguinales, on les fait chauffer dans un four, une étuve, un poêle, jusqu'à ce que la température puisse être facilement supportée par le malade. Une de ces briques enveloppée d'une compresse est appliquée sur le bubon, et y est maintenue au moyen d'un bandage carré ordinaire ; on engage ensuite le malade à exercer avec la main une compression de plus en plus forte

sur la partie, sans toutefois provoquer de la douleur; cette brique conserve sa chaleur pendant plusieurs heures, et quand elle commence à se refroidir, elle doit être remplacée par la seconde, car il ne faut pas que la compression soit interrompue. D'après M. Henrotay, la guérison a lieu au bout du cinquième ou du dixième jour; mais l'auteur a sans doute exagéré les avantages de son mode de compression, car dans ma pratique je n'en ai obtenu des succès qu'après un temps beaucoup plus long.

Enfin, je citerai pour mémoire seulement l'extirpation et l'excision des ganglions, pratiquées par quelques auteurs, et l'écrasement avec un cachet de bureau ou le tourniquet de D. L. Petit, proposé par M. Malgaigne.

Si maintenant je résume mes différents modes de traitement suivant les diverses périodes du bubon, je dirai que dans tous les cas, quelle que soit la nature du bubon que l'on a à traiter, il faut dès le début, et si les caractères inflammatoires sont francs, chercher à obtenir la résolution par l'emploi des divers antiphlogistiques, et nous avons dit que les sangsues méritaient la préférence.

Quand le bubon est à l'état de suppuration, le vésicatoire et la solution caustique sont les seuls moyens qui m'aient procuré jusqu'à ce jour les plus heureux résultats.

A l'état d'induration, j'emploie les diverses pommades résolutives, quelques emplâtres fondants, et si ces premiers moyens ne réussissent pas, je prescris, suivant les cas, ou le vésicatoire, ou bien et plus souvent les briques chaudes du docteur Henrotay.

Prof. Reynaud.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, DE SES INDICATIONS ET DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES QU'ON DOIT PRÉFÉRER POUR LE PRATIQUER.

(Suite.)

L'emploi de l'accouchement prématuré artificiel est fondé sur ce que: 1° la tête d'un fœtus, dans le septième et le huitième mois, est plus petite, plus molle et plus compressible que celle d'un fœtus à terme; 2° que des enfants nés à cette époque de la grossesse, même à travers un bassin mal conformé, ont très-souvent atteint un âge avancé; 3° que des accouchements prématurés de ce genre n'entraînent pas plus de dangers pour la mère que des accouchements ordinaires.

En parlant des cas dans lesquels on a provoqué l'accouchement, j'ai fait voir les circonstances qui devaient le faire rejeter. Mais, outre les

contre-indications que j'ai indiquées, il en est quelques autres qui ne sont admises que par quelques accoucheurs et qui méritent néanmoins un examen spécial ; je veux parler de la primiparité, des grossesses doubles et de la mauvaise position du fœtus.

A. *Primiparité*. — Merriman et beaucoup d'accoucheurs conseillent de ne recourir à l'opération que lorsqu'un premier accouchement a démontré l'impossibilité de la parturition à terme. Joerg veut même qu'on ait été averti par deux précédentes grossesses ; mais on doit voir dans cette réserve timide une crainte d'autant plus exagérée qu'elle vient d'un adversaire de l'opération. Suivant M. P. Dubois, « une des plus grandes difficultés, c'est celle que doit offrir (si l'on a recours à la dilatation préalable) l'introduction des corps dilatants dans l'orifice utérin chez les primipares, parce que chez elles il est presque complétement clos à l'époque à laquelle il convient d'opérer, et le danger que présente (si l'on a recours à la ponction des membranes sans dilatation préliminaire) l'introduction des instruments piquants qui doivent servir à cet usage. » Suivant Kluge et Ritgen, la primiparité présente, en effet, des obstacles réels, mais qui ne sont point insurmontables, ainsi que le prouvent les nombreuses observations qu'ils ont publiées. Les deux succès obtenus aux maternités de Lyon et de Bruxelles, par MM. Nichet et Van-Huevel, confirment encore la possibilité de l'opération dans ce cas. Outre les motifs judicieux tirés de l'état du col, quelques accoucheurs ont conseillé d'attendre un second accouchement pour s'éclairer sur les dimensions du bassin. On pourra arriver à résoudre cette difficulté par un examen minutieux et réitéré. « Loin de proscrire l'accouchement prématuré chez les primipares, dit M. Velpeau, il devrait être employé toutes les fois que le bassin a de 2 pouces 1/2 à 3 pouces ; au delà et en deçà on attendrait qu'une première couche vînt éclairer le diagnostic. »

B. *Grossesses doubles*. — Wenzel croit qu'on peut se dispenser de recourir à l'accouchement prématuré dans l'étroitesse du bassin lorsqu'on a affaire à une grossesse gémellaire, parce que, dit-il, les enfants sont moins développés que de coutume. Cette remarque mérite d'être mise à profit dans la pratique, lorsqu'on a reconnu positivement la présence de jumeaux, ce qui n'est pas toujours facile. Au mois de mai 1835, une femme accoucha de deux enfants, dans le service de M. le professeur Ehrmann, à Strasbourg ; elle mourut pendant ses couches au milieu d'une attaque d'éclampsie. A l'autopsie on reconnut que le diamètre sacro-pubien n'avait que 3 pouces 2 lignes ; et, grâce au peu de développement du fœtus, le travail avait pu se faire sans danger.

C. *Présentations vicieuses*. — La mauvaise présentation du fœtus

a été aussi alléguée comme une contre-indication à l'accouchement prématuré. S'il fallait tenir compte de cet obstacle, on se priverait souvent des avantages de cette opération, parce qu'il est très-fréquent. Sans doute, si le retard était permis dans les cas qui la réclament, on pourrait espérer un changement favorable ; mais comme une attente même de quelques jours seulement pourrait devenir fatale à la mère et à son fruit, M. Stoltz veut qu'on change la position par des manipulations extérieures. Il rejette le conseil de Merriman, qui veut qu'on attende que la mauvaise présentation se change en une bonne, et il croit inadmissible l'opinion de Ritgen qui regarde la soustraction répétée d'une petite quantité d'eau comme le meilleur moyen de corriger cet inconvénient. Dans le cas où on n'aurait pu parvenir à modifier la mauvaise présentation du fœtus, on n'en chercherait pas moins à faire naître les contractions utérines, sauf à faire la version dès que le col sera suffisamment dilatable.

De l'opération. — I. *Conditions préliminaires.* — Avant l'opération qui doit provoquer l'accouchement, plusieurs questions d'une haute importance, mais souvent difficiles, se présentent à l'accoucheur, et de leur solution dépend, pour ainsi dire, le succès de sa tentative. Elles se réduisent à trois principales : 1° diagnostic du genre et du degré de l'étroitesse du bassin ; 2° appréciation exacte du volume du fœtus et principalement de la tête ; 3° détermination précise de l'époque de la grossesse.

1° Si on voulait se convaincre de la difficulté de s'assurer du genre et du degré du rétrécissement pelvien, il suffirait de passer en revue tous les instruments qui ont été imaginés dans ce but. La science, sur ce point, a été encombrée plutôt qu'enrichie. En général, plus l'étroitesse est considérable, plus il est facile de la reconnaître. On peut se servir de la main et du pelvimètre droit de Stein, le plus simple et peut-être le meilleur de tous. On peut s'aider du compas d'épaisseur de Baudelocque et du pelvimètre de Wellenbergh. L'introduction de la main est sans contredit le moyen le plus sûr, mais cette exploration interne n'est praticable chez les primipares que vers la fin de la grossesse et seulement pendant le travail, en sorte qu'on en est presque toujours réduit au toucher et à l'usage du pelvimètre.

Le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur est surtout important à constater, parce que, dans le plus grand nombre des cas, c'est lui qui est diminué, et c'est ce diamètre qu'il est le plus facile de mesurer.

2° Le développement du fœtus, et en particulier celui de sa tête, n'est pas toujours le même à une époque donnée de la grossesse. Le diamètre bipariétal doit surtout fixer l'attention, parce que c'est lui

qui se trouve ordinairement resserré entre l'angle sacro-vertébral et la symphyse. En général, ce diamètre a 3 pouces 6 lignes à terme, 3 pouces à huit mois, et 2 pouces 6 lignes à sept mois. Ces dimensions peuvent varier de 3 à 6 lignes, savoir : de 3 lignes en sus et d'autant en moins.

Salomon, de Leyde, a donné le tableau suivant sur l'étendue du diamètre transversal à diverses époques :

A 33 semaines. . .	2 p. 7 l.	A 36 semaines. . .	2 p. 11 l.
A 34 semaines. . .	2 p. 9 l.	A 40 semaines. . .	3 p. 9 l.

L'augmentation serait donc de 2 lignes par semaine. Les recherches de madame Lachapelle et de M. P. Dubois donnent à peu près la même moyenne.

Cette variabilité dans le volume de la tête du fœtus explique la différence de résultats des diverses couches chez une même femme, quoiqu'elle ait une étroitesse absolue du bassin. De ce qu'une femme a accouché une fois spontanément, ce n'est pas à dire pour cela qu'elle pourra toujours se passer de l'intervention de l'art. C'est aussi en vertu de cette même variabilité, qu'une femme qui aurait eu des couches laborieuses peut ensuite accoucher d'enfants vivants à terme. M. Stoltz cite l'histoire d'une dame qui accoucha sans peine d'un enfant à terme et vivant, après trois couches difficiles et des enfants morts.

Il faut prendre aussi en considération que la tête est d'autant plus malléable chez le fœtus qu'on est plus éloigné du terme de la grossesse ; aussi la compression exercée sur elle par la matrice et le bassin peut-elle mieux la réduire à sept ou huit mois qu'à neuf, et faire disparaître un excès de volume qui s'opposerait à l'accouchement.

3° Lorsqu'on veut déterminer l'époque de la grossesse, il faut s'enquérir de beaucoup de circonstances ; ainsi, outre la suppression des règles, on devra faire entrer en ligne de compte ces singulières sensations, dont l'apparition insolite étonne celles qui sont mères pour la première fois. Les mouvements du fœtus vers le cinquième mois et les changements survenus dans la matrice ne devront pas être perdus de vue par l'accoucheur.

Malgré tous ces indices, il faut l'avouer, il est des cas où l'on est fort embarrassé de préciser la date de la conception. On peut être trompé à chaque instant par les irrégularités des phénomènes de la gestation, et la liste serait longue si on voulait dresser l'inventaire de toutes ces aberrations. C'est surtout chez les primipares que la difficulté est sérieuse. Chez les femmes qui ont eu des couches malheureuses, on est moins exposé à se tromper, parce que les souvenirs de ce qu'elles ont

souffert les tient en garde contre tout ce qui pourrait leur porter préjudice.

« Une erreur de quelques jours, dit M. Stoltz, ne peut pas être évitée. Alors, a-t-on dit, si vous opérez avant la révolution du septième mois, l'enfant ne sera pas viable ; si vous opérez après l'époque que vous avez fixée par rapport au degré d'étroitesse du bassin, vous avez à craindre que l'enfant ne soit trop développé pour pouvoir franchir le rétréeissement sans en souffrir. Il serait certainement fâcheux que l'on opérât trop tôt, c'est-à-dire avant la fin du septième mois, en admettant, toutefois, comme règle invariable, que le fœtus ne soit absolument viable qu'à cet âge. Il serait sans doute fâcheux que l'on provoquât l'accouchement avant cette époque, parce que le but qu'on se propose serait manqué ; mais comme ce ne sont que les rétrécissements les plus considérables du bassin qui exigent une telle précision, on n'aura pas souvent à gémir d'une telle méprise. Quant aux inconvénients qui peuvent résulter de ce qu'on a attendu trop longtemps, ils sont beaucoup moins graves ; cette objection ne devrait pas être faite par ceux qui pensent que, lors même qu'il existe une grande disproportion entre le volume de la tête du fœtus et les dimensions du bassin, la nature ne parvient pas moins heureusement à terminer le travail à terme, ou qui prétendent que nous avons des moyens sûrs de conserver la mère et son enfant. »

II. *Procédés opératoires.* — Avant de procéder à l'opération, tous les accoucheurs ont donné le conseil de s'entourer de l'avis de plusieurs confrères, autant pour mettre sa responsabilité à couvert, que pour s'éclairer sur l'état de la maladie. « Jamais, dit Fodéré, un homme, quelque savant qu'il soit, ne doit s'en fier à ses propres lumières dans les cas difficiles. » L'indication bien reconnue, l'opérateur devra s'occuper de préparer la femme, et du choix du procédé dont il devra se servir pour provoquer l'accouchement.

A. *Préparatifs.* — Quoique les préparatifs soient d'une importance secondaire, on aurait tort de les dédaigner. Le régime doit être diminué pendant toute la seconde moitié de la gestation, et Kluge veut même qu'on y joigne les purgatifs ; il recommande en même temps le mouvement répété, mais modéré, et de ne pas laisser dormir la malade au delà de sept heures par jour. La saignée générale est aussi très-utile comme moyen prophylactique. Quant aux bains généraux, que Plessmann et Gardien avaient voulu substituer aux procédés en usage qu'ils regardaient comme trop violents, Kluge, M. Stoltz et le professeur Naegelé y ont une grande confiance. En ramollissant le col, ils le disposent à une dilatation plus facile sous l'influence de l'opération.

B. *Temps de l'opération.* — L'époque à laquelle celle-ci doit être pratiquée varie suivant le degré de rétrécissement. Si l'on veut imiter les Anglais, qui opèrent lorsqu'il n'excède pas 2 pouces et demi, on devra agir dans le courant du septième mois ; s'il a 3 pouces, on pourra attendre jusqu'au milieu du huitième mois ; à 3 pouces 3 lignes, on est encore à temps au milieu du neuvième mois. Plus on se rapproche du terme, et moins il y a d'inconvénients pour la mère et pour l'enfant. Ritgen donne le tableau suivant, qu'on peut consulter comme règle générale et dont les applications doivent nécessairement varier dans certaines circonstances :

A 2 p.	7 l.	on opère à la	29e	semaine.
2 p.	8 l.	—	30e	—
2 p.	9 l.	—	31e	—
2 p.	10 l.	—	35e	—
2 p.	11 l.	—	36e	—
3 p.	0 l.	—	37e	—

Stœssner, dans un mémoire publié à Wurtzbourg, a conseillé d'attendre, pour opérer, une époque menstruelle. Il se fonde sur ce fait d'observation, que beaucoup d'avortements et la plupart des accouchements ont lieu à ce moment périodique. Cette remarque prouve que l'auteur a voulu qu'on imitât la nature jusque dans ce point, afin de rendre l'analogie plus complète, et la réussite moins douteuse. Mais tout en prenant en considération le jour qui correspond à l'apparition des règles, il ne faudrait pas dépasser quatre ou cinq jours, parce qu'alors la tête augmenterait de volume, et que cette disproportion serait loin d'être compensée par le faible avantage qu'on aurait obtenu de la disposition particulière de l'utérus à cette époque.

C. *Des moyens d'opération.* — Lorsqu'on veut provoquer l'accouchement prématuré, on se propose d'exciter la matrice à entrer en action pour abandonner ensuite à la nature ce que l'art a commencé. Plusieurs moyens ont été conseillés pour arriver à ce but : les uns sont vitaux ou généraux, les autres agissent d'une manière mécanique ou locale. Les moyens généraux consistent dans les emménagogues, et surtout dans le seigle ergoté, préconisé en Angleterre par Ramsbotham, et conseillé en France par M. Dezeimeris. Son action est, comme je le ferai voir plus loin, infidèle, et quelquefois dangereuse. Aussi, de nos jours, n'a-t-on plus recours qu'aux moyens qui agissent directement sur l'utérus.

a. *Frictions.* — C'est pour être complet que je mentionne ici les frictions sur l'hypogastre conseillées par d'Outrepont. Celles qu'on fait

sur le col et le segment inférieur de la matrice peuvent devenir dangereuses par les douleurs qu'elles occasionnent. Ritgen, qui les a vantées outre mesure, y a renoncé.

b. *Tamponnement*. — La simplicité de cette méthode explique en partie la vogue dont elle a joui un moment. Schœller, de Berlin, ancien élève de Naegelé, en a conçu l'idée à la Maternité de Paris. Chez une femme atteinte de métrorrhagie on avait introduit un tampon dans le vagin. Sous l'influence de ce moyen, l'accouchement se fit. On reconnut alors que l'hémorrhagie n'était pas due à l'implantation du placenta sur le col, comme on l'avait cru d'abord, mais à une apoplexie placentaire.

Partant de ce fait, Schœller pensa que le tampon devait être un excitant suffisant pour faire entrer l'utérus en contraction. En 1839, il fit pour la première fois l'essai de cette méthode à la clinique de Busch. La réussite fut complète, et depuis lors, cinq nouveaux succès sont venus couronner ses efforts.

Le professeur Hüter, de Marbourg, a proposé au congrès de Mayence, en 1842, un procédé de tamponnement qui se rapproche assez de celui du médecin de Berlin. On introduit dans le vagin une vessie que l'on remplit d'eau tiède, et que l'on ferme ensuite. L'eau transsude peu à peu à travers les parois de cette vessie. Dès que cette dernière est vide, on l'enlève, et on permet à la femme de marcher. On recommence la même opération, et on la répète jusqu'à ce que les douleurs se fassent sentir; ce qui arrive ordinairement du troisième au quatrième jour.

c. *Décollement des membranes*. — Hamilton, d'Édimbourg, proposait, dans ses leçons, d'introduire un doigt dans le col utérin, et de le porter aussi haut que possible entre la matrice et les membranes de l'œuf, et de détacher celles-ci dans tous les sens tout autour du col, avec l'attention de ne pas les rompre. Ce procédé a été mis en usage plusieurs fois en Angleterre. Il a eu des alternatives de revers et de succès.

d. *Ponction*. — Par ce moyen on diminue le volume de l'utérus en donnant issue à une certaine quantité des eaux de l'amnios, ce qui le force à revenir sur lui-même et à se contracter. La ponction se fait avec des instruments mousses ou piquants. Les premiers ne réussissent pas toujours; le plus souvent ils ne font que refouler les membranes; les pointus doivent leur être préférés. Et pour ne pas donner lieu aux accidents qu'on leur avait reprochés d'abord, on a proposé une canule qui a été diversement modifiée, entre autres par Siebold et Wenzel. Ritgen a conseillé une canule à siphon, afin de n'enlever qu'une quan-

tité déterminée de liquide. M. Stoltz donne la préférence au trocart primitif qui est plus simple et plus commode. La quantité d'eau évacuée doit être peu considérable. Clarcke et M. Velpeau sont seuls partisans de l'évacuation totale.

Lorsqu'on pratique la paracentèse de l'œuf par sa *partie inférieure*, on fait glisser le long des doigts de la main gauche introduite dans le vagin, la canule du trocart munie de son mandrin, et lorsqu'elle est arrivée jusqu'aux membranes, on remplace le mandrin par le trocart et on pousse un peu avant pour le faire entrer dans l'intérieur de l'œuf; puis on retire l'instrument et on laisse écouler une petite quantité de liquide. Si le travail n'était pas commencé au bout de vingt-quatre heures, il faudrait faire une nouvelle ponction.

Tous ceux qui pratiquent ce procédé recommandent : 1° de ne faire agir l'instrument qu'autant qu'on aura senti les membranes à l'orifice interne du col de la matrice ; 2° de ne pas faire souffrir la femme, car toute douleur indiquerait qu'on a fait une fausse route ; 3° d'éviter de blesser la partie du fœtus qui se présente.

Comme ces conditions ne sont pas toujours faciles à remplir, Meissner, qui croit que l'évacuation lente et progressive de la poche amniotique est une garantie de succès, a conseillé de ponctionner l'œuf *par en haut* et vers son sommet, au moyen d'un trocart recourbé, qui, après l'ouverture des membranes et le retrait du mandrin, doit agir comme une sorte de siphon. Cet instrument n'est pas autre chose qu'une sonde ordinaire de 12 pouces de long sur 1 ligne 1/2 de diamètre, et dont la courbure est appropriée à celle du trajet qu'elle doit parcourir pour arriver jusqu'au haut du globe utérin. Cette sonde est ouverte par ses deux extrémités et munie de deux mandrins, l'un mousse, arrondi et occupant la sonde au moment de son introduction, l'autre à dard aigu et remplaçant le premier au moment de la ponction. Voici maintenant comment le médecin de Leipsig procède : à genoux devant la femme comme pour le toucher, il introduit la sonde dans le col de l'utérus, la fait glisser en arrière entre les membranes et les parois de l'organe, et, par une sorte de cathétérisme qu'il est facile de comprendre, il la conduit jusque vers le sommet de l'œuf. Là, après s'être assuré, par quelques mouvements de bascule de la sonde, que le bouton repose non sur le placenta, mais sur des membranes fluctuantes, il retire le mandrin arrondi et le remplace par le mandrin à dard, qu'il fait ensuite saillir hors de la sonde de 1 centimètre environ pour perforer les membranes ; et pour être sûr de la direction que prend la pointe de l'instrument, il porte l'extrémité inférieure de celui-ci contre le périnée, de manière que le bec de la sonde et le dard dont elle est armée appuient nécessairement sur les membranes

et non sur l'utérus. La ponction faite, la sonde introduite dans les membranes, Meissner retire le dard et laisse écouler par la sonde une cuillerée de liquide, puis il enlève la sonde. Après vingt-quatre ou quarante-huit heures, le travail se déclare et se termine à l'aide de contractions énergiques.

La simplicité de l'instrument recommande à l'attention le procédé de Meissner. Je me permettrai, toutefois, de faire à l'instrument une légère modification qu'il me semble avantageux d'introduire dans son mécanisme.

Il est inutile que deux mandrins occupent successivement la sonde; le retrait de l'un et son remplacement par l'autre ralentissent sans but l'opération. Ne pourrait-on pas se contenter d'une sonde semblable à la sonde ordinaire, ouverte comme elle par deux œillets latéraux, pour l'écoulement du liquide, mais offrant, à son extrémité mousse et arrondie, une petite fente transversale par où sortirait en temps opportun un mandrin coupant et composé d'un ressort d'acier, lequel, en se réfléchissant par son élasticité propre du côté de la courbure de l'instrument, comme dans la sonde de Belloc, irait nécessairement percer les membranes au moment de la ponction, sans qu'on ait besoin, pour assurer ce résultat, de porter la sonde en arrière, ainsi qu'il faut le faire avec l'instrument de Meissner? Ce léger changement fait à la sonde perforatrice du célèbre accoucheur rend l'instrument plus simple, et le procédé d'opération plus expéditif.

Telle qu'elle a été conçue cependant, cette nouvelle méthode de ponction a conduit son auteur à des résultats importants. Quatorze succès consécutifs pour les mères et pour les enfants montrent qu'elle n'est pas seulement ingénieuse, mais véritablement utile dans la pratique. Cette considération, ainsi que le nom de l'auteur et le mémoire remarquable qu'il a publié à cette occasion dans les *Annales* d'Heidelberg, justifient les détails que nous lui avons consacrés.

c. *Dilatation.* — La dilatation du col de l'utérus a pour but de produire une irritation permanente, progressive et régulière, qui fait bientôt entrer la matrice en action. Cette méthode est celle qui a obtenu le plus de faveur en France, où elle a été employée à l'exclusion de toute autre. Brunninghausen est le premier qui en ait eu l'idée; mais c'est Kluge qui l'a introduite dans la pratique. Il se sert de l'éponge cirée que M. Stoltz a avantageusement remplacée par l'éponge ficelée. Busch se sert, comme moyen de dilatation, d'un instrument qui a quelque ressemblance avec la pince à trois branches. Mende a aussi recommandé un instrument dilatant, mais le spéculum dont il se sert dans ce but n'est que pour faciliter l'introduction de l'éponge.

Voici comment Kluge procède : il introduit ordinairement l'index gauche dans le vagin jusqu'au col de l'utérus, et s'en sert pour fixer celui-ci. Si l'orifice est un peu ouvert, il commence par y faire entrer, à l'aide d'une espèce de pinces, un morceau conique d'éponge préparée, de 2 à 3 pouces de longueur, sur 2 à 3 lignes de diamètre, enduit de cérat et muni à sa base d'un fil, pour pouvoir l'extraire facilement. Il lui fait traverser le col et le porte sur un côté entre les membranes et la face interne de la matrice, puis le pousse avec son index gauche, jusqu'à ce que son extrémité inférieure ou sa base soit au niveau avec les bords de l'orifice externe. Pour l'empêcher de sortir, il place dans le vagin une éponge ordinaire, de la grosseur d'un œuf, et munie de rubans. Ceux-ci, ainsi que les fils de l'éponge préparée, sont fixés sur l'hypogastre au moyen d'un emplâtre agglutinatif. La femme garde le décubitus dorsal (M. Stoltz, au contraire, lui permet de marcher). Quelle que soit la position qu'on lui donne, si, au bout de vingt-quatre heures, les douleurs ne s'établissent pas, on retire les deux éponges, afin de remplacer l'éponge préparée par une autre qui a 4 à 5 pouces de longueur sur 6 à 8 lignes de diamètre. Les contractions ne manquent pas alors de paraître au bout de cinq à six heures : quand elles ont pris une marche régulière et bien déterminée, on retire les éponges.

f. *Ponction et dilatation combinées.* — Ce procédé est dû à Kilian, dont l'expérience dans le sujet qui nous occupe ne saurait être trop invoquée. Voici en quoi consiste ce procédé, d'après la description qu'a bien voulu m'en faire lui-même le professeur de Bonn. Après avoir dégagé le col de la matrice des mucosités concrètes qu'il renferme, au moyen d'une tige de baleine que guide la canule d'un trocart, il produit la dilatation du col à l'aide de l'éponge préparée. Pour cela, il se sert d'un fragment d'éponge taillé en cône, et enduit de cire ou de beurre de cacao, afin que l'introduction en soit plus douce et plus facile. Lorsque la dilatation est suffisante, il perce les membranes avec la tige de baleine qui a servi à désoblitérer le col, ou bien, quand elle est insuffisante, il lui substitue dans la canule qui la renferme la lame même du trocart.

Nous terminerons l'étude du sujet par l'appréciation des méthodes et des suites de l'opération.

A. Lacour, D. M.,
Ancien interne de la Maternité de Lyon.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DU PERCHLORURE DE FER.

Notre *Codex* considère comme perchlorure de fer médicinal ce sel à l'état d'hydrate, c'est-à-dire obtenu par la voie humide.

Différents procédés ont été successivement proposés pour la préparation de ce composé ; mais, il faut le reconnaître, aucun d'eux ne permet de l'obtenir promptement, d'une composition constante, entièrement soluble et susceptible d'une longue conservation. La principale cause de la facile altération du sel obtenu par ces divers procédés, paraît être la grande quantité d'eau qu'il retient.

M. Gobley, engagé par M. Soubeiran à chercher un procédé pratique qui puisse faire disparaître ces inconvénients, s'est, après plusieurs essais, arrêté au mode de préparation suivant, qu'il vient de publier dans le dernier numéro du *Journal de Pharmacie et de Chimie*.

On pulvérise de la pierre hématite (*fer oxydé rouge concrétionné* des minéralogistes) en la contusant et la triturant par petites portions dans un mortier de fer ; on introduit la poudre dans un flacon à l'émeri et on verse par-dessus de l'acide chlorhydrique concentré et pur en proportion telle qu'il y ait un excès de pierre hématite, après quoi on agite. Bientôt il se manifeste une réaction de laquelle il résulte formation d'eau et de perchlorure de fer. Lorsque cette première action, qui est accompagnée de dégagement de chaleur, est passée, on place le flacon près du feu, en ayant soin d'agiter de temps en temps. Après un contact de plusieurs heures, on laisse déposer, on filtre, et on reçoit la liqueur dans une capsule de porcelaine que l'on place, ou sur un bain de sable chauffé à l'aide de la vapeur d'eau, ou sur l'ouverture de la cucurbite d'un alambic, en prenant, dans ce dernier cas, la précaution d'interposer un linge entre la cucurbite et la capsule, et d'assujettir celle-ci au moyen d'une corde : l'appareil doit, d'ailleurs, être disposé de telle sorte que la vapeur soit conduite par un long tube jusque dans un vase plein d'eau froide où elle puisse se condenser ; car, si l'on veut réussir, il est indispensable qu'aucune vapeur aqueuse ne vienne circuler autour de la capsule. En effet, lorsque l'évaporation s'opère dans un air chargé d'humidité, la liqueur se décompose aussitôt que le sel est parvenu à un certain degré de concentration ; il en résulte de l'acide chlorhydrique qui se volatilise et du sesqui-oxyde de fer qui se précipite.

Pendant tout le temps que dure l'évaporation, on doit agiter avec une spatule de verre ; l'opération est terminée lorsque le liquide en

laisse sensiblement dégager de la vapeur chlorhydrique, et qu'une goutte se fige par le refroidissement : alors on coule le sel sur une assiette légèrement graissée et que l'on recouvre immédiatement d'une autre assiette que l'on unit à la première avec un peu de lut maigre. Après vingt-quatre heures, on délute, on brise le chlorure solidifié, et on se hâte de l'introduire dans des flacons bien secs que l'on bouche hermétiquement.

Ainsi préparé, le perchlorure de fer est d'un rouge foncé jaunâtre; il est inodore et d'une saveur très-styptique. Très-soluble dans l'alcool et dans l'éther, il l'est surtout et complétement dans l'eau, avec laquelle il donne un soluté d'un beau jaune doré, qui peut se conserver indéfiniment à l'air, sans se troubler.

Lorsque ce sel à l'état solide est laissé au contact de l'air, il en absorbe rapidement l'humidité, qu'il solidifie d'abord; mais bientôt ensuite il tombe en déliquium.

Le procédé de M. Gobley, qui a été répété par M. Soubeiran, mérite sans aucun doute d'être adopté par tous les pharmaciens, car il a sur les autres procédés connus l'avantage précieux de donner un chlorure entièrement soluble, d'une composition constante, et susceptible d'une longue conservation, ce qu'on n'avait pu obtenir jusqu'ici. Ce sel contient environ le cinquième de son poids d'eau, ou un peu moins de cinq atomes.

NOUVELLE FORMULE POUR LA PRÉPARATION D'UN SIROP D'HUILE DE FOIE DE MORUE.

On a dit et on répète tous les jours encore que, si les adultes ne peuvent que difficilement se résigner à prendre l'huile de foie de morue dans son état de pureté, il en est tout autrement des jeunes sujets, et que ces derniers, après quelques jours de son usage, la prennent, sinon avec plaisir, du moins sans le moindre indice de répugnance. Il est probable que le premier médecin qui a émis cette opinion avait conclu de quelque cas exceptionnel à la généralité, et que, moutonniers comme des autres hommes, ceux qui l'ont partagée depuis l'ont fait de confiance et sans s'appuyer sur les faits eux-mêmes; car, tous les jours, l'expérience que donne la pratique vient prouver qu'il n'en est rien. De là, ces formules qui ont été successivement proposées par MM. Duclou, Vannier et Mialhe.

M. E. Mouchon, de Lyon, vient à son tour de publier dans le *Journal de Chimie médicale* une formule de sa composition qui, dit-il, réunit toutes les conditions voulues pour faire de ce médicament un agent sus-

ceptible d'être admis sans difficulté dans la thérapeutique. Voici en quoi elle consiste :

Prenez :	Huile de foie de morue récente . . .	100 grammes.
	Gomme arabique en poudre	50 grammes.
	Eau commune	50 grammes.
	Essence de menthe poivrée.	4 grammes.
	Sipop de gomme arabique.	800 grammes.

La gomme et l'eau étant converties en mucilage dans un grand mortier de marbre ou de porcelaine, on émulsionne peu à peu l'huile et l'essence, puis on termine l'opération par des additions successives de sirop de gomme, et l'on introduit enfin le mélange émulsif dans des flacons de la contenance de 250 grammes.

La base (l'huile de foie de morue) entre pour un sixième dans la composition totale de ce médicament, et la saveur repoussante qui lui est propre est presque complétement masquée par celle de l'essence de menthe, qui paraît être son correctif le plus puissant, bien que certaines autres essences, celles d'anis et d'amandes amères entre autres, dans de moindres proportions, puissent assez bien la remplacer.

Nous croyons que la formule de M. E. Mouchon sera reçue avec plaisir par tous les praticiens, parce qu'elle fait disparaître la plus grande difficulté qui se soit opposée jusqu'ici à l'emploi de l'huile de foie de morue, celle résultant de la répugnance qu'éprouvent tous les malades, jeunes ou vieux, à ingérer ce médicament.

NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION DE L'HUILE DE FOIE DE RAIE.

Tous les praticiens savent aujourd'hui qu'on a reconnu dans l'huile de foie de raie des propriétés identiques à celles de l'huile de foie de morue, et qu'on a même constaté que l'iodure de potassium existe en plus grande proportion dans la première que dans la seconde de ces huiles. Il y a donc un avantage réel à substituer l'huile de raie à l'huile de morue, d'abord parce qu'elle est plus active, ensuite parce qu'elle est d'une saveur beaucoup plus supportable, et enfin parce qu'elle peut être préparée par les pharmaciens eux-mêmes. Mais sera-t-il possible de pouvoir la livrer au même prix que la seconde? Cette difficulté n'en est plus une, car M. Goblet annonce, dans le ***Journal de Pharmacie et de Chimie***, que désormais les pharmaciens pourront la vendre à un prix sensiblement inférieur, en la préparant d'après le procédé suivant :

On débarrasse le foie de raie des membranes qui y adhèrent, puis on le coupe menu, et on le chauffe dans une bassine, en ayant soin de remuer continuellement, jusqu'à ce qu'il entre en ébullition. Alors, on laisse bouillir à une chaleur modérée, jusqu'à ce qu'on voie l'huile surnager à la surface et parfaitement séparée des grumeaux que forment les matières azotées. Il ne reste plus qu'à jeter le tout sur un tissu de laine, et, quand la plus grande partie de l'huile a traversé l'étamine, à comprimer ce qui reste avec une spatule, et à laisser égoutter pendant vingt-quatre heures.

L'huile obtenue par ce procédé ne retient pas d'eau; on l'abandonne au repos pendant quelques jours, et, lorsqu'elle ne laisse plus déposer de matière blanche concrète, on la filtre au papier et on la conserve pour l'usage.

Le foie de raie donne plus du quart de son poids d'huile filtrée.

On a déjà essayé à l'hôtel Necker l'huile préparée comme il vient d'être dit, et les résultats qu'on en a obtenus ont au moins égalé ceux que procure l'huile de foie de morue brune. Nous pouvons donc espérer avec raison qu'à l'avenir nous verrons substituer généralement un produit facile à obtenir dans toutes les officines à une substance mal préparée par ceux qui en sont chargés, et dont les qualités organoleptiques sont toujours telles que les malades ne peuvent que très-difficilement se soumettre longtemps à son emploi.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE TUMEUR ÉRECTILE, ET SUR SON TRAITEMENT.

A l'appui des conclusions qui terminaient la note, insérée dans le cahier de novembre 1843 de votre journal, je viens aujourd'hui, comme complément, vous communiquer les observations suivantes. La première a été recueillie dans mon service à l'Hôtel-Dieu, la seconde termine l'histoire d'une malade que je n'avais pas revue après l'opération, et dont il était question dans mon premier travail. Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, tome XV, page 351.

Obs. I. (Recueillie par M. Jacquetaut, interne des hôpitaux de Lyon.) *Tumeur vasculaire du gros orteil chez un jeune homme, douleurs vives; cautérisation profonde; guérison.* — Vidal, âgé de dix-sept

ans, ouvrier cordonnier, d'un tempérament lymphatique, entre, le 5 octobre 1843, à la salle d'Orléans; il est couché au n° 195. Ce jeune homme, qui paraît sain d'ailleurs, porte à la partie interne du gros orteil droit, très-près de l'angle antérieur et du bord correspondant de l'ongle, une tumeur dure, d'un rouge pâle, comme tronquée à son sommet, paraissant avoir une racine profonde qui se dirige vers la face dorsale et le bord interne de la phalangette du pouce. Cette tumeur gêne considérablement la marche, et occasionne parfois une douleur insupportable, que la pression de la chaussure, les frottements ou les chocs extérieurs, l'humidité, réveillent et augmentent. La sueur des pieds, lorsque le malade a marché pendant quelque temps, produit à elle seule le même effet. M. Bouchacourt, regardant cette tumeur comme de nature vasculaire, pense qu'elle doit être détruite par la cautérisation; il annonce que ce moyen, combiné avec l'excision, en amènera la guérison; il croit pouvoir affirmer que déjà du phosphate calcaire s'est déposé dans ses mailles, et qu'il y aura, consécutivement à l'opération et aux cautérisations consécutives, exfoliation d'une ou deux parcelles osseuses. Le 7, il pratiqua l'excision en saisissant l'orteil comme une plume à tailler, et détacha d'un seul coup la tumeur jusque très-près de sa base; il fut possible alors de constater son adhérence avec le périoste, et en la coupant, la présence d'une petite masse de phosphate calcaire au milieu d'un tissu très-vasculaire qui fournit une assez grande quantité de sang. On fit immédiatement une application de caustique de Vienne, qui amena une mortification assez étendue et assez profonde. La cautérisation fut réitérée le 18 novembre avec un petit disque de sparadrap de chlorure de zinc. La mortification fut plus profonde; deux petits séquestres, gros comme une petite lentille, se détachèrent successivement; quinze jours après cette seconde cautérisation, on en fit une troisième avec le nitrate acide de mercure; toute la formation morbide paraissait détruite, mais la cicatrice était lente à obtenir. Enfin, le 20 décembre, la cicatrice était parfaite, et parut assez solide pour qu'on pût renvoyer le malade.

Obs. II. Dans une lettre du 15 janvier, mon condisciple et ami, le docteur Mézial, de Panissières, m'annonce que la guérison a été obtenue d'une manière complète chez la malade que je lui avais adressée après la première cautérisation (1). « J'ai été obligé, me dit-il, de cautériser trois fois avec la poudre de Vienne, et d'enlever deux petits séquestres qui ont entretenu la suppuration assez longtemps; une compression méthodique a achevé de débarrasser notre malade de sa petite incommodité. »

(1) Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, tome XV, page 353.

On voit, dans ces deux nouveaux cas, la même structure vasculaire et osseuse; les résultats de l'excision et de la cautérisation, la chute de l'eschare, la formation et l'issue d'un et plusieurs petits séquestres. On y retrouve, en un mot, les mêmes caractères anatomiques, et la confirmation des préceptes opératoires, basés sur l'expérience, que j'avais formulés dans mon premier travail. J'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à lui donner de bonne heure tout le poids qu'apportent à leur suite l'expérience et l'observation.

Agréez, etc. ANT. BOUCHACOURT.

DES BONS EFFETS DE L'ÉCORCE DE LA RACINE DU GRENADIER INDIGÈNE DANS LE TÆNIA.

J'ai lu, à la page 90 du numéro de février du *Bulletin de Thérapeutique*, si riche de faits scientifiques, un excellent article de M. le docteur Lafargue, de Saint-Emilion, sur les bons effets produits par l'administration de l'écorce fraîche de la racine du grenadier indigène dans le traitement du tænia. Si vous voulez me le permettre, je vais aujourd'hui, dans une courte note, corroborer les faits avancés par ce médecin, et montrer, d'une manière incontestable, la supériorité de cette racine fraîche sur la racine sèche du grenadier sauvage; car j'ai vu, dans l'espace de cinq jours, sur le même individu, les effets de ces deux substances. Voici le fait en quelques mots : M. Varlet, âgé de 29 ans, employé à la fabrication des vins champanisés de notre pays, habitant Saumur depuis trois ans, d'un teint coloré, d'une taille élevée, d'une constitution forte, d'une santé robuste, se présenta chez moi le 12 mars, se plaignant des symptômes suivants : 1° depuis trois mois anorexie presque continuelle; 2° tous les jours, après avoir mangé, céphalalgie sus-orbitaire et envie de dormir pendant deux ou trois heures; 3° coliques fréquentes et quelquefois très-fortes; 4° expulsion à chaque garderobe de vers plats, au nombre de six à vingt, et d'une longueur de deux ou trois centimètres. Ces portions d'entozoaire sortent presque toujours avant les matières fécales; le malade en rend même sans aller à la selle, et est averti de leur présence à l'anus par un chatouillement particulier. Le moindre écart de régime lui donne des coliques plus fortes, et dans ce cas, il ne manque jamais de rendre des anneaux plus nombreux et des portions plus longues du tænia : ainsi, vers la fin de janvier, ayant fait, avec ses amis, un léger excès de table, il en expulsa une portion de trente-six centimètres. Cette circonstance le détermina à consulter sur-le-champ un pharmacien, qui, faute de bons renseignements, lui fit

prendre, sans succès aucun, les anthelmintiques ordinairement employés pour chasser les lombricoïdes.

J'attribuai les accidents éprouvés par M. Varlet à la présence du tænia solitaria dans le tube intestinal ; je le rassurai, car il semblait inquiet, et lui fis entrevoir une guérison prochaine et définitive. Je prescrivis soixante grammes d'écorce fraîche de la racine du grenadier de nos jardins, à faire macérer pendant vingt-quatre heures dans un litre d'eau, puis bouillir ensuite jusqu'à réduction de moitié, et prendre cette quantité en trois fois, en laissant une demi-heure d'intervalle entre chaque dose. Ce jeune homme, ne trouvant pas de racine fraîche indigène chez son pharmacien, qui de coutume a des produits bien soignés, prit, le 14 mars, la même dose de la racine sèche du grenadier sauvage, après l'avoir traitée comme je viens de le dire. Il n'éprouva dans la journée que quelques coliques, longtemps après l'ingestion totale du médicament, et rendit seulement un mètre du tænia, qu'il m'apporta en m'avertissant de la dérogation qu'il avait faite à ma prescription, et en me promettant de recommencer avec le grenadier indigène dès qu'il pourrait s'en procurer, tant il avait le désir de se débarrasser de cet hôte insolite. Il en trouva facilement, et après avoir traité cette écorce comme je l'ai dit quelques lignes plus haut, il prit ce médicament dans la matinée du 18 mars. La première dose ne lui causa pas de douleurs abdominales, il éprouva seulement après son ingestion, un malaise indéfinissable, un brisement musculaire général, qui rendit ses mouvements d'une extrême lenteur et même presque impossibles ; ces effets augmentèrent après la seconde dose ; mais à peine eut-il pris le reste de la décoction qu'une violente colique se fit sentir entre l'épigastre et l'ombilic, qu'un besoin irrésistible d'aller à la garderobe eut lieu, et le tænia, roulé comme une pelote, fut immédiatement rendu avec quelques matières très-liquides. M. Varlet n'a pas suspendu son travail une demi-heure, et m'apporta, dans la soirée même, cet entozoaire qu'il avait mis dans de l'alcool : il avait 15 mètres de longueur, et était parfaitement entier, car la partie effilée qui se termine par la tête était très-visible et très-reconnaissable. Du reste, le malade éprouva dans la journée de violentes coliques, qui le forcèrent d'aller six fois à la selle, et pas une portion de ver ne sortit par l'anus ; en sorte que j'annonçai à M. Varlet qu'il était débarrassé de l'être parasite qui le tourmentait. Une heure s'était écoulée depuis l'administration du premier verre jusqu'à l'expulsion du tænia. Quelle est donc en thérapeutique la substance qui agit avec plus de sûreté et de promptitude ? N'est-ce pas là ce qu'on peut appeler un spécifique? Pour moi, c'est une question jugée, et je pense qu'il en sera bientôt de même pour tous les praticiens.

Je ne ferai suivre cette observation d'aucunes réflexions : je me bornerai à constater la supériorité de l'écorce fraîche indigène sur l'écorce sèche exotique, puisque celle-là a réussi parfaitement où celle-ci avait complétement échoué, et à faire remarquer que la racine fraîche du grenadier indigène produit les mêmes effets, soit qu'on la récolte au nord, au midi ou au centre de la France, comme le prouvent les observations de messieurs Putégnat, Lafargue, et celle que je viens de publier.

J. E. Bury, D.-M. P.
A Saumur (Maine-et-Loire).

UN MOT SUR L'EMPLOI DE L'EXTRAIT DE MONÉSIA DANS LA CHLOROSE.

J'ai lu dans le Répertoire de la livraison du mois de mars du *Bulletin de Thérapeutique*, quelques mots sur l'emploi de l'extrait de monésia contre la chlorose, et je crois utile de rapporter dans sa naïveté le fait suivant, laissant au praticien le soin de tirer sa conclusion. Ce fait est unique, et ne peut sans doute avoir de valeur absolue.

Louise Mauduit, âgée de vingt-cinq ans, habituellement bien réglée, d'un tempérament lymphatique, avait déjà, depuis deux années, présenté à mon observation un état chlorotique que les préparations martiales avaient promptement fait cesser. Le 10 du mois de septembre dernier, elle vint me prier de lui donner mes soins; elle était malade depuis environ quinze jours, et je trouve dans mes notes qu'à cette époque elle offrait les symptômes suivants : suppression des règles, œdème des jambes et de la face, palpitations cardiaques, ronflements carotidiens; l'oreille percevait un bruit de souffle depuis la région du cœur jusqu'à la carotide externe; le pouls est grêle et mou; la peau est molle, jaune paille; les chairs flasques; les muqueuses oculaire et buccale remarquables par leur pâleur; l'appétit est nul, les fonctions digestives sont troublées, la malade est triste, morose, abattue, et cependant sans fièvre. Ayant appris de mon confrère qu'il avait avantageusement employé l'extrait de monésia dans un cas de chlorose, je voulus m'assurer du fait, et je débutai chez ma malade par ce moyen, à la dose de deux décigrammes par jour en deux prises. Après plusieurs jours de cette médication, les symptômes n'étaient pas seulement amendés, et il s'était joint à leur cortége déjà nombreux une hémieránie violente, de la fièvre, de la diarrhée, ce qui me surprit beaucoup, et l'œdème s'était accru. Ne voyant pas alors se réaliser les pompeuses promesses de mon

confrère, j'abandonnai un remède infidèle et peut-être nuisible, je prescrivis le carbonate ferreux hydraté, incorporé dans un mucilage de gomme adragant, à la dose de 90 centigr. par jour, selon la formule publiée par M. Dauvergne de Manosque dans votre excellent journal, livraison d'octobre 1842, et aussi l'extrait de quinquina. Ces moyens, unis à l'exercice et à une alimentation appropriée, triomphèrent en quelques semaines de cette affection; tant il eût été facile au début de faire cesser une maladie que des promesses illusoires ont prolongée et auraient pu aggraver, si j'eusse persisté dans cette fausse voie.

Agréez, etc.

G. Boureau.

FORMULE POUR LA PRÉPARATION D'UN SIROP BÉCHIQUE OU DES QUATRE FLEURS, DU CODEX.

Le pharmacien est souvent appelé, la nuit, à préparer des potions dans lesquelles le médecin fait entrer une infusion béchique ou des quatre fleurs. Ces potions étant toujours assez longues à faire, surtout dans un semblable moment, j'ai composé avec les fleurs de ce nom un sirop qui jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'infusion.

Sirop béchique.

Prenez : Mauve . . . .
Pied de chat. . . . . . .
Pas d'âne. . . . .
Coquelicot. . . . .
} ãã. . . . grammes.

Mondez ces fleurs de leurs pédoncules, secouez-les sur un crible pour en ôter la poussière. Mettez-les dans un vase en faïence qui ferme hermétiquement, versez dessus un kilog. 125 grammes d'eau bouillante, remuez de temps en temps pendant douze heures; passez, exprimez légèrement, et filtrez à travers un papier.

Mettez dans un bain-marie 2 kilog. 60 grammes de cette infusion, avec 4 kilog. de sucre très-blanc, chauffez au bain-marie; lorsque le sucre est fondu, passez-le sirop chaud à travers un blanchet.

Stanislas Martin, pharmacien.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'eau sous le rapport hygiénique et médical, ou de l'hydrothérapie; par M. Scoutetten, *chevalier de la Légion-d'Honneur, docteur en médecine, premier professeur et chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg*, etc., etc.

Que des hommes étrangers à la science aient fait de Priessnitz une sorte de révélateur médical, que toutes les formules de l'admiration aient été épuisées en faveur de cet homme simple, un peu étonné sans doute d'une si merveilleuse ovation, on le conçoit, et l'esprit humain est toujours prêt à se passionner pour tout ce qui l'étonne et le flatte tout à la fois : si vous ajoutez qu'il s'agissait ici en même temps de se moquer un peu d'une science dont on aime à médire quand on se porte bien, comme quand on est forcé de se réduire à une hygiène difficile à laquelle elle vous condamne, on concevra qu'un si mirifique concert d'éloges se soit élevé en faveur du paysan silésien, dont la perruque (si perruque il y a), aussi bien que celle de Paracelse, en savait plus qu'Hippocrate, et qui surtout recommandait, comme Darwin ou Asclépiade, de boire et de manger pour soutenir les forces de la nature défaillante. Mais ce que nous concevons du vulgaire crédule et passionné, nous ne le concevons pas de médecins qui ont sondé les difficultés de la science, qui ont réfléchi sur la rapide décadence des théories les plus habilement édifiées, et qui savent que rien ne peut s'improviser dans les questions sur lesquelles la vie projette l'ombre de ses ténébreux mystères. Mais revenons à M. Scoutetten, c'est-à-dire au côté sérieux de cette question.

L'auteur du livre dont il s'agit en ce moment a fait une étude complète de l'hydrothérapie : dans la première partie de son livre, il fait l'historique de la question, que plus tard il essayera de résoudre par l'expérience. Cet exposé est fait avec un remarquable talent, et l'on voit là, qu'à toutes les époques de la science il s'est rencontré des médecins qui ont su faire au traitement de nombreuses affections morbides l'application du puissant modificateur auquel le paysan de Græfenberg vient de donner une vogue nouvelle. Quand on voit que des hommes tels que Royer, Fred. Hoffmann, Cyrillo, Giannini, Curvie, etc., etc., avaient dans diverses maladies employé avec un incontestable succès l'hydrothérapie, la découverte moderne de l'Allemagne perd un peu de sa profonde originalité.

Le médecin de Strasbourg rend compte ensuite du voyage qu'il a fait

en Allemagne pour étudier, sur les lieux mêmes où on l'applique, cette méthode. Il était difficile de suivre, dans un voyage rapide, l'action d'une méthode thérapeutique; aussi bien cette partie du livre de M. Scoutetten nous paraît-elle manquer de la valeur scientifique qu'il semble lui-même lui attribuer. Il en est de même des efforts auxquels se livre ce médecin pour expliquer des faits qui ne nous semblent point toujours authentiquement constatés.

Mais l'auteur ne se borne point à ces faits nécessairement incomplets; il rapporte une série d'observations, dans lesquelles les effets de l'hydrothérapie, employée avec un peu plus de circonspection qu'à Græfenberg, sont signalés à l'attention sérieuse des médecins. Ces observations démontrent ce que l'on savait déjà, à savoir, que l'hydrothérapie peut être utilement appliquée au traitement de quelques maladies; mais il manque ici un travail important, c'est celui qui aurait pour but de déterminer nettement les espèces morbides auxquelles ce traitement est applicable. Il y a là quelques indications précieuses, mais la conséquence nous paraît plus large que les prémisses : si M. Scoutetten veut faire accepter celle-là, il faudra qu'il donne à celles-ci plus de développements. En somme, la question de l'hydrothérapie est encore à l'ordre du jour, dans les limites que nous venons d'indiquer, bien entendu, et le professeur de Strasbourg a fait un bon livre, en étudiant le côté sérieux de cette question.

Cours de microscopie complémentaire des études médicales, par Al. Donné; 1 vol. in-8; Baillière, 1844.

L'application des sciences physiques à la médecine a eu, dans ces derniers temps, les résultats les plus satisfaisants. La percussion et l'auscultation lui ont, dans bon nombre de cas, donné une certitude qu'il serait à désirer de voir s'étendre à beaucoup d'autres. Les travaux de M. Biot ont facilité les recherches sur le diabète à l'aide du planimètre. On pouvait espérer que la chimie aurait aussi son influence dans l'examen des humeurs physiologiques et morbides; mais on dirait que, chez nous du moins, cette belle science tient peu à ce genre de gloire, et qu'elle veut laisser au microscope le soin des analyses et des recherches dont nous aurions tant besoin.

La micrographie, déjà en honneur en d'autres temps, est-elle appelée à éclaircir les questions de structure des solides et de composition des liquides dont elle s'occupe avec une persévérance louable depuis plusieurs années? C'est à l'avenir à répondre. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, parmi les médecins, il est peu d'hommes qui aient fait autant que

M. Donné pour étendre et faciliter ce mode d'investigation. Travaux, leçons publiques, écrits importants, tels sont les droits de cet observateur à l'estime de ses contemporains.

Le *cours de microscopie* dont nous annonçons la publication expose les caractères du sang, du mucus, du pus, de l'urine, du sperme, du lait, etc. Tous ces articles serontétudiés avec fruit par ceux qui voudront connaître l'état exact de la science sur les divers sujets. Nous aurions désiré trouver en marge de chaque article la forme des cristaux ou globules décrits par l'auteur. Ces traits faciles à donner font bien mieux connaître la configuration des objets que toutes les descriptions. Un rapport de MM. Thénard, Chevreul, Boussingault, Régnault et Séguier, contenant la description d'un instrument dit *lactoscope*, propre à indiquer la proportion de crème contenue dans le lait, termine ce volume. Sans doute, cet instrument et d'autres ont quelque valeur scientifique ; mais la fraude trouve bientôt le moyen de les rendre inutiles : elle se soustrait difficilement à une dégustation exercée. En résumé, l'ouvrage de M. Donné est d'une utile actualité.

Bibliothèque des médecins praticiens, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, etc.; par une société de médecins sous la direction du docteur Fabre. 4e livraison; Paris, 1844; rue Dauphine, 22-24.

Cette livraison complète et termine le *Traité sur les maladies des femmes*. Elle est spécialement consacrée aux maladies des mamelles et du mamelon. On peut dire qu'elle est toute de circonstance, car par un heureux hasard M. Fabre aura pu présenter à ses souscripteurs un résumé de la longue discussion que le mémoire de M. Cruvelhier a soulevée sur les tumeurs du sein à l'Académie de médecine. Ce résumé s'y trouve en effet fidèle et impartial. Toutes les maladies des mamelles y sont exposées avec les développements convenables, abcès, tumeurs, cancers, etc. — La livraison et le traité finissent par les maladies médicales des femmes, la chlorose, l'hystérie, etc. On est étonné de l'immensité des matériaux pratiques que contient cet ouvrage, dont chaque livraison accroît l'importance et l'intérêt. Tout ce que la médecine ancienne et moderne renferme de pratique et d'applicable s'y trouve analysé, résumé, souvent reproduit dans les détails les plus utiles, accompagné d'appréciations qui, tout en laissant au lecteur la spontanéité de son jugement, peuvent le guider dans le choix des opinions à rejeter ou à admettre.

Chirurgie oculaire, ou Traité des opérations chirurgicales qui se pratiquent sur l'œil et ses annexes, etc., par Charles Deval, *docteur en médecine de la Faculté de Paris.*

La chirurgie oculaire a pris, dans ces dernières années surtout, un assez grand développement pour qu'on soit en droit d'en faire un traité spécial destiné à diriger le praticien dans le manuel opératoire de cette branche intéressante de la chirurgie. M. le docteur Deval, en se chargeant de doter la science d'un tel ouvrage, s'est soumis aux conditions qui seules peuvent en amener le succès. Non content d'étudier parmi nous l'ophthalmologie et la pratique chirurgicale qui lui correspond, il a voulu étudier cette pratique à l'école des oculistes étrangers les plus distingués, et il ne pouvait sans doute mieux choisir à cet égard, qu'il ne l'a fait, qu'en allant à Vienne se placer au nombre des élèves des professeurs Jaeger et Rosen.

Il n'est pas une seule opération praticable sur le globe oculaire, qui ne soit largement développée dans le livre de M. le docteur Deval. A la manière dont l'auteur aborde la question des indications thérapeutiques, dont il les résout, dont il discute la valeur des divers procédés opératoires qui tour à tour ont été préconisés dans un cas de pathologie donné, on voit qu'il a au moins vu faire ce qu'il décrit, qu'il a observé les faits, et qu'il s'est nourri de la doctrine des grands maîtres sur les pas desquels il se plaît à marcher. Nous ne croyons pas que l'auteur ait omis dans son ouvrage, aussi complet que judicieusement compris, une seule opération un peu importante de la chirurgie oculaire. La question du strabisme, qui naguère encore excita parmi nous tant de controverses, y est largement discutée. Sur la plupart des points que l'auteur soulève à propos de cette question, nous croyons qu'il émet toujours la doctrine la plus sûre. En un mot, c'est là un bon livre qui sent l'amphithéâtre et non le coin du feu.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Trachéotomie faite avec succès pour extraire un corps étranger de la trachée-artère. — Le 22 février 1844, est entrée à l'hôpital des Enfants une jeune fille âgée de sept ans et demi, qui, en s'amusant à cacher des haricots dans sa bouche, fut prise d'un accès de rire pendant lequel un mouvement involontaire de déglutition précipita une

de ces graines vers le pharynx, d'où elle passa dans le larynx, et de celui-ci dans la trachée-artère. Pendant cinq jours qui suivirent l'accident, la jeune malade resta confiée aux soins de médecins de Coulommiers, où elle demeure, et, par leurs conseils, elle prit un vomitif qui donna lieu à deux ou trois vomissements sans que le corps étranger fût ramené à l'extérieur. La jeune fille présente actuellement les symptômes suivants. Elle est pâle, abattue, et est prise de temps en temps d'une quinte de toux convulsive sans expectoration. La poitrine, dans toute son étendue, présente une sonorité parfaite; mais l'auscultation y démontre à la partie postérieure, depuis le sommet jusqu'à la base des poumons, l'existence d'une sorte de râle ou de ronchus bruyant, plus marqué quand on fait tousser la malade. En promenant le doigt sur la trachée-artère, on perçoit manifestement la sensation fournie par un corps étranger de consistance dure séjournant dans le canal aérien, et auquel chaque effort respiratoire imprime un mouvement d'abaissement et d'ascension alternatif. En approchant l'oreille ou le sthétoscope de la trachée-artère, on entend comme le son d'un grelot ou un bruit qui offre beaucoup d'analogie avec celui que détermine un corps solide qui se meut dans un canal à parois solides et rempli d'air. L'ensemble de ces phénomènes, joint à l'exposé des antécédents, ne laissèrent pas le moindre doute sur la nature de la cause qui les produisait. L'opération fut faite immédiatement par le chirurgien de l'hôpital, M. Guersant fils. Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire, le chirurgien rencontra deux veines volumineuses dont la présence le gêna beaucoup. Leur division eût été très-fâcheuse pour deux raisons : d'abord, l'hémorrhagie qui en serait résultée eût encore affaibli la malade, et le sang eût masqué les tissus qui restaient encore à inciser. Mais, ce qui est beaucoup plus grave, le sang, au moment de l'ouverture du canal aérien, eût pu s'y introduire, tomber dans les bronches, et déterminer de la sorte un accès de suffocation fort redoutable. Aussi M. Guersant eut-il soin de disséquer ces veines, et de les rejeter sur les côtés de la trachée-artère, qu'il ouvrit ensuite par une ponction étroite pratiquée à l'aide d'un bistouri droit ; il agrandit ensuite l'ouverture avec un bistouri boutonné, et la pince à écartement fut introduite. Aussitôt le corps étranger fut rejeté au dehors, et les cris de l'enfant cessèrent. Le haricot était un peu tuméfié, comme s'il eût séjourné quelque temps dans l'eau ; il présentait deux centimères environ de longueur sur un centimètre de largeur. Le lendemain, lorsqu'il fut desséché, il était revenu au volume d'un haricot sec ordinaire, et avait ainsi perdu la moitié de celui qu'il offrait la veille au moment de l'extraction. Le pansement fut simple, un plumasseau de charpie et un bandage médiocrement serré. Aucun accident ne survint

les jours suivants ; et dès le onzième jour il ne passait plus d'air entre les bords la plaie. La malade est complétement guérie le quatorzième jour.

Emploi d'un nouveau bandage pour la fracture de la clavicule. Guérison sans difformité. — Il est si difficile d'obtenir, dans les frac tures de la clavicule, une consolidation régulière et exempte de difformité, qu'on ne saurait mettre trop de soin à signaler aux praticiens tous les nouveaux appareils qui semblent devoir contribuer à ce résultat. Au n° 6 de la salle Saint-Antoine, à l'hôpital de la Pitié, se trouvait dernièrement un homme qui portait une fracture de la clavicule à la partie moyenne de cet os. Les fragments affectaient la forme de déplacement la plus ordinaire, c'est-à-dire que le fragment externe croisait l'interne en se portant en avant et en dedans, et faisait sous les téguments une saillie considérable; l'épaule de ce côté était notablement portée vers la ligne médiane. M. Lisfranc fit d'abord usage du bandage de Mayor, qui ne suffit pas à contenir les fragments. Le bandage de Desault, modifié, ne réussit pas mieux, quels que fussent le volume du coussin axillaire et la force avec laquelle on agit sur le bras. Dans cette alternative, sur la proposition de l'interne de service, qui proposa de le modifier ainsi qu'il suit, M. Lisfranc se décida à employer le bandage en 8 de chiffre. Un volumineux coussin fut placé dans l'espace interscapulaire; on fixa sur la face postérieure la partie moyenne d'un petit drap plié en cravate; on remplit d'ouate le creux axillaire. Les deux chefs très-larges du drap plié en cravate furent conduits sous les aisselles, puis ramenés d'arrière en avant et au-dessus du moignon de chaque épaule; ils furent ensuite croisés et fixés sur le coussin interscapulaire. On ramena ensuite sur le devant de la poitrine les deux extrémités du drap plié en cravate, qui furent réunies par un nœud, et au besoin avec des épingles. A l'aide de ce bandage on peut, ainsi que cela eut lieu chez notre malade, porter autant qu'on veut l'épaule du côté malade en haut, en arrière et en dehors. Pour maintenir l'ensemble de l'appareil on appliqua un bandage de corps que l'on fixa par des épingles au coussin interscapulaire et aux anses antérieures du 8 de chiffre. Ce bandage a été facilement supporté, il n'a aucunement gêné la respiration : il a cependant un peu froissé les bords des aisselles. Un bandage roulé doit être appliqué sur toute l'étendue du membre du côté fracturé, en vue de prévenir l'œdème. La réduction et la consolidation des fragments sont aussi parfaites que possible, et aujourd'hui le malade est guéri sans aucune difformité. Nous ne terminerons pas sans faire remarquer à nos lecteurs l'analogie qui existe entre ce bandage et celui de Brunninghausen et Evershfer, dont nous avons donné l'indication sommaire

dans notre numéro du mois de novembre 1842, à l'occasion d'un nouvel appareil pour la fracture dont il s'agit, proposé par M. Fabre de Montpellier.

Encore un mot sur l'iodure de potassium dans les accidents syphilitiques tertiaires. — On a dit avec esprit et aussi avec quelque raison : « Employez ce médicament pendant qu'il guérit. » Nous dirons donc aux médecins, au sujet de l'iodure de potassium : Continuez à recourir à cet excellent remède dans les accidents syphilitiques tertiaires, si bien décrits par M. Ricord, car il ne cesse entre ses mains, comme entre celles de tous les praticiens des hôpitaux, de donner les résultats les plus heureux. On ferait aujourd'hui des volumes avec les faits qu'on peut recueillir. Les deux observations du service de l'hôpital des Vénériens, dont nous voulons dire deux mots, n'ont pas plus d'importance que des douzaines d'autres dont les sujets se trouvent dans les salles. Nous les choisissons par ce seul motif, que les préparations mercurielles méthodiquement employées avaient guéri à deux reprises des malades des symptômes syphilitiques secondaires, et que néanmoins après plusieurs années des accidents tertiaires graves se sont développés, et que justice prompte en a été faite par l'iodure de potassium.

Un journalier, âgé de trente-deux ans, a été couché, le 16 février dernier, au nº 5 de la salle nº 1 à l'hôpital du Midi. Cet homme avait eu d'abord une blennorrhagie symptomatique d'un chancre urétral, ce qui fut prouvé par l'inoculation du liquide blennorrhagique qui reproduisit un chancre. Il s'en était suivi au bout de trois mois deux tubercules profonds de la peau à la partie interne de la cuisse droite et sur le mollet du même côté. M. Ricord lui fit subir un traitement par les pilules de protoiodure de mercure, qui fut continué pendant quarante jours, et le malade sortit parfaitement guéri. Sept ans après, en 1839, apparition sur tout le corps de nombreuses syphilides à forme tuberculo-crustacée. Le malade entre pour la deuxième fois dans le service. Nouveau traitement mercuriel par le protoiodure, qui triomphe comme la première fois des accidents constitutionnels. Ce traitement fut, comme le premier, de quarante jours. De 1839 à 1844, le malade a joui d'une bonne santé, et n'a pas eu de nouveaux accidents primitifs ou secondaires. Au mois de janvier de cette année, le malade a ressenti des douleurs ostéocopes sur plusieurs points du système osseux. Ces douleurs se sont localisées sur le tibia, les os molaires, le cubitus gauche, le frontal avec gonflement. A l'entrée du malade, le 16 février, les douleurs ostéocopes étaient très-aiguës, et causaient depuis quarante jours une insomnie opiniâtre. Après six jours de l'administration de l'iodure

de potassium, à la dose de 3 grammes par jour, ces douleurs avaient presque complétement disparu. Le quatorzième jour du traitement, les tumeurs osseuses avaient diminué de moitié. Mais à cette époque, la peau a présenté sur plusieurs points l'éruption iodée, et le traitement a dû être suspendu pendant quelques jours. Il a été repris, il a été continué sans accidents. Aujourd'hui il va être cessé, car il n'y a plus de douleurs ostéocopes, plus d'insomnie, et les os ne présentent presque plus de gonflement.

Le second malade, âgé de trente-cinq ans, couché au n° 14 de la salle n° 1, étant complétement guéri depuis quatre ans d'un chancre induré avec bubons multiples et indolents, par deux traitements mercuriels faits à l'hôpital des Vénériens, fut pris d'une douleur sourde avec gonflement du tibia. Depuis cette époque, d'autres douleurs analogues à celles éprouvées sur le tibia se sont déclarées autour de l'articulation radio-carpienne gauche, à l'épaule, au cou-de-pied, qui est devenu le siége d'un empâtement douloureux très-marqué. Le malade prend l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour depuis le 3 avril. Aujourd'hui toutes les douleurs ont disparu, excepté au cou-de-pied, qui est encore un peu douloureux. Le malade ne tardera pas à quitter l'hôpital parfaitement guéri.

Anévrysme de la région poplitée. — Ligature de l'artère fémorale. — Maurisset, âgé de vingt-six ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 12 avril 1844. Monteur sur bronze, cet homme a une profession qui, depuis longtemps, le force à rester debout presque constamment dans une attitude telle, que la jambe droite est portée en avant et écartée de la jambe gauche qui reste en arrière et est souvent maintenue dans l'extension. Toutefois, depuis un an environ il est resté à l'étau deux heures à peine par semaine. Il a eu deux maladies vénériennes, l'une en 1838 et l'autre en 1841 : chancres et bubons. Il y a cinq mois, Maurisset fit une chute dans une carrière, et ressentit les jours suivants comme une sorte de crampe dans le mollet gauche. Le membre de ce côté se fatiguait facilement, et quand la crampe survenait, ce qui n'était pas rare, quand surtout le malade avait marché quelque temps, il était obligé de s'asseoir. La douleur durait une ou deux minutes, puis il se remettait en marche. Il y a deux mois que Maurisset remarqua dans son jarret gauche une grosseur du volume d'une noisette, s'accompagnant de battements. Actuellement il existe au centre même de la région poplitée une tumeur du volume d'un œuf de dinde, arrondie, rénitente, sans changement de couleur à la peau, sans augmentation de caloricité,

offrant des pulsations isochrones à celles du pouls, cessant complétement lorsque l'on comprime l'artère fémorale sur le pubis, se reproduisant dès qu'on cesse la compression. Les battements augmentent lorsque l'on comprime au-dessous de la tumeur; celle-ci devient en même temps plus tendue, plus rénitente. On perçoit à l'intérieur de la tumeur un frémissement particulier coïncidant avec le mouvement d'expansion qu'on y observe. Les artères pédieuse et tibiale postérieures offrent des pulsations ni plus ni moins fortes que les mêmes artères du côté opposé. La tumeur, que nous n'avons encore examinée que dans l'extension de la jambe, est parfaitement limitée en dehors et en dedans par les muscles qui bordent le creux poplité. Quand on fait fléchir la jambe sur la cuisse, on plonge alors dans le jarret entre la tumeur et ces mêmes muscles, et on remarque qu'elle n'a pas un diamètre transverse aussi considérable qu'elle paraît l'avoir le membre étant dans l'extension. Elle est aussi plus arrondie, plus souple, mieux circonscrite, et elle offre une certaine mobilité. Après s'être assuré qu'il n'existait aucune ossification appréciable dans la continuité des artères du membre, non plus qu'aucune lésion organique du cœur, M. Jobert se mit en devoir de pratiquer la ligature de l'artère crurale. La veille du jour de l'opération, il fit faire au bras une saignée de deux palettes chez le malade. Le 16 avril, il lia l'artère fémorale d'après le procédé de Hunter. La tumeur s'affaissa immédiatement. On réunit la plaie par première intention, et à l'aide de trois points de suture.

Le 17, le malade a éprouvé toute la journée la sensation de tiraillements dans son membre. Pas de sommeil, agitation, insomnie; point de refroidissement ni de fourmillement dans le membre qui repose sur sa face externe, et qui est entouré de sachets et de linges chauffés. Dès ce jour on perçoit, mais d'une manière confuse, les pulsations des artères pédieuse et tibiale. Le malade a de l'oppression.

Saignée du bras d'une palette et demie.

Le 18, l'étouffement continuant, on prescrivit une nouvelle saignée de deux palettes. La tumeur est réduite au tiers à peu près de son volume primitif, elle s'est durcie. Les battements de l'artère pédieuse sont plus marqués; aucun battement ne s'est reproduit dans la tumeur. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat de cette observation.

Sur quelques cas d'amaurose traités avec succès par la pommade de Gondret. — La clinique de M. Lisfranc nous a présenté depuis quelques mois un certain nombre de faits intéressants touchant l'emploi de la pommade de Gondret dans l'amaurose. La maladie, chez l'un des malades que nous avons observés, avait commencé en octobre dernier;

sa vue s'était affaiblie graduellement, et quand il est entré à l'hôpital il n'y voyait presque plus. Chez un autre l'amaurose avait commencé il y a deux ans ; il n'y voyait pas du tout. Il en est de même pour le troisième qui n'y voyait plus pour se conduire. L'amaurose, chez un quatrième sujet, datait de trois ans. Chez le premier malade l'amélioration s'est montrée au bout de trois semaines ; chez le troisième, au bout d'un mois ; chez le quatrième, une première fois la pommade avait été appliquée pendant six mois sans grande amélioration, et reprise une seconde fois au bout d'un mois ; cette application a été suivie de changements très-remarquables ; il pouvait à peine y voir pour se conduire, et maintenant il va seul se promener dans les salles et distingue assez bien les objets et même l'heure sur une montre. Le second malade est sorti également presque complétement guéri. La pommade a été appliquée pendant deux mois, et l'amélioration a été prompte, considérable.

Voici la manière dont M. Lisfranc se sert de la pommade de Gondret. On taille une petite pièce de linge de la largeur et de la forme d'une pièce de deux francs. On étend la pommade sur cette pièce de linge. Il faut ordinairement trente secondes pour que la pommade ait produit son effet vésicant ; il faut alors l'enlever, car autrement elle agirait comme un caustique. Ordinairement on attend deux ou trois jours avant de recommencer ; on l'applique de nouveau et on ne la laisse séjourner que quelques secondes, c'est-à-dire le temps seulement de blanchir la surface dénudée. On enlève alors aussitôt la pommade.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AFFECTION HÉMORROIDALE, *causée et entretenue par un corps étranger dans le rectum.* Les corps étrangers contenus dans le rectum peuvent y avoir été introduits par l'anus, ou y arriver après avoir parcouru toutes les voies digestives. Ceux qui s'arrêtent dans le rectum après avoir été avalés, sont le plus ordinairement des fragments d'os : c'est d'un corps de cette nature qu'il s'agit dans l'observation suivante. Le nommé M... fit appeler, dans la nuit du 6 décembre 1843, le docteur Van Swichenoven, qui le trouva couché, couvert d'une transpiration abondante et jetant des cris que lui arrachait une douleur poignante à l'anus. Depuis quelques jours l'expulsion des fèces était très-difficile et douloureuse. Le pourtour de l'anus était tendu, rouge. Il y existait une forte chaleur, et il était le siége de tumeurs hémorrhoïdales externes. Croyant qu'il s'agissait simplement d'hémorrhoïdes, le médecin prescrivit trois applications successives de sangsues en quarante-huit heures, des topiques émollients et un purgatif qui fut suivi de quelques selles liquides, mais sans soulagement pour le malade; au contraire, après chaque déjection alvine les douleurs à l'anus croissaient en violence et en durée.

Le 10, voyant les accidents persister, le chirurgien allait avoir recours à une opération chirurgicale pour en finir brusquement, lorsqu'en introduisant une sonde cannelée dans le rectum, l'instrument s'arrêta tout à

coup contre un obstacle formé par un corps dur, rendant, à la percussion, un son pareil à celui que produit un stylet heurtant contre une portion d'os. Il demanda au malade s'il ne se souvenait pas d'avoir avalé quelque corps étranger qui eût rendu la déglutition douloureuse quelques jours auparavant; la réponse fut négative. Quoi qu'il en soit, M. Swichenoven indroduisit le doigt indicateur de la main droite dans le rectum, opération qui ne s'effectua pas sans causer au patient de vives douleurs. A un pouce environ de l'anus, il reconnut un corps dur, résistant, lisse et comme incrusté dans tout le pourtour de l'intestin. Il lui imprima un léger ébranlement, et parvint, après quelques mouvements dirigés en divers sens, à lui faire éprouver un changement total de position. De lisse et plat qu'il avait paru avant qu'il fût placé sur le côté, le corps étranger était devenu pointu, rugueux et aigu. Dès ce moment, la douleur se calma, et le malade se déclara soulagé.

Le chirurgien retira son doigt, qu'il remplaça par l'index de la main gauche sur lequel il glissa de petites pinces avec lesquelles il saisit le corps étranger qu'il retira assez facilement, si l'on considère le gonflement des parties. Une hémorrhagie légère eut lieu : on donna des lavements émollients, et quatre jours après, M... était guéri. Le corps étranger était un éclat d'os, il avait la forme d'un carré long, offrant 9 lignes 1/2 d'étendue d'une part, et 6 1/2 de l'autre. Il avait 2 lignes d'épaisseur. Il présentait trois angles aigus, dont l'un, à l'extrémité du plus grand diamètre, se terminait par une pointe très-acérée ; deux bords tranchants, un troisième rugueux, suite d'une cassure: il pesait 15 grains 1/2. En lisant cette observation, on est tout d'abord étonné qu'un corps étranger aussi volumineux, et offrant autant d'aspérités, ait pu être avalé sans que son passage à travers le pharynx, et surtout l'œsophage, ait été marqué par aucune sensation douloureuse, si bien que le malade ne s'en est point aperçu. Cette douleur, perçue au moment de la déglutition, est cependant un signe commémoratif sur lequel les chirurgiens ont avec raison beaucoup insisté, comme constituant un élément d'une grande valeur pour le diagnostic des corps étrangers arrêtés dans le rectum. Or, ce fait démontre que, si dans la plupart des cas, ce signe se retrouve, il peut cependant manquer, et cela dans des circonstances où il semblerait qu'il eût dû nécessairement se produire. Il résulte donc de ce fait, qu'en pratique, on ne devra lui accorder qu'une autorité restreinte et nullement absolue; autrement, on s'exposerait à méconnaître la cause d'accidents qui pourraient avoir les conséquences les plus fâcheuses; car, outre l'inflammation qui s'étend à plusieurs points de l'anus et du rectum lui-même, pour se terminer ordinairement par suppuration, Boyer assure que quelquefois la présence de ces corps étrangers engagés dans le rectum, a produit la gangrène et presque toujours la perforation de cet intestin. Chez notre malade, il est probable que si la cause des accidents qu'il éprouvait eut été plus longtemps méconnue, il y eût eu perforation du rectum; car, d'après les détails fournis par le chirurgien sur la forme du corps étranger, il est clair que ce dernier était placé de champ, engagé et maintenu par ses aspérités dans l'épaisseur de la muqueuse intestinale, fortement tuméfiée par l'inflammation : dans un cas pareil, l'indication la plus pressante, c'est d'extraire immédiatement le corps étranger; pour cela, il convient, ainsi que l'a bien compris M. Swichenoven, de modifier les rapports du corps étranger avec l'intestin, de manière à rendre son extraction moins douloureuse. N'est-il pas évident, en effet, que si le chirurgien eût tenté de le saisir par ses deux extrémités, en glissant entre chacune d'elles et la paroi correspondante de l'intestin les branches d'une pince, non-seulement la manœuvre eût été excessivement douloureuse, mais encore elle eût presque sûrement amené la déchirure grave des tissus enflammés? tandis que cette complication fâcheuse a été évitée par le soin qu'il a pris d'ébranler le fragment osseux, et de changer sa position en le faisant, selon toute apparence, basculer sur lui-même. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, février 1844.)

APPAREILS INAMOVIBLES, (*Des*) *et de la manière de les utiliser dans les diverses fractures des membres.* Déjà, à plusieurs reprises, le *Bulletin de Thérapeutique* a entretenu ses lecteurs de l'appareil inamovible ap-

pliqué au traitement des fractures, et des nombreuses discussions qu'il a s ulevées parmi les chirurgiens : aujourd'hui, si nous revenons sur cet'e question, ce n'est pas tant pour nous livrer à une nouvelle appréciation de la valeur réelle de cet appareil et des résultats qu'il a donnés, que pour exposer d'une manière plus complète le mode suivant lequel il est journellement appliqué par M. Velpeau, qui, comme on le sait, a été en France son plus ardent défenseur. Notre but est donc de rendre à tous ceux qui nous liront l'application de l'appareil chose facile dans tous les cas particuliers où le chirurgien de la Charité en conseille l'usage. L'exactitude des descriptions qui vont suivre ne saurait être mise en doute : M. Tardieu, l'auteur du mémoire où nous les puisons, ayant été pendant deux ans attaché en qualité d'interne à la clinique du professeur Velpeau, nous offre toutes les garanties désirables.

Description. — Il y a deux manières de préparer la dextrine pour la rendre applicable aux bandages : la première, mise en usage par M. Velpeau dès le début, est plus prompte que celle adoptée plus tard, mais elle procure un liquide moins collant. On délaye un plein verre de dextrine dans une égale quantité d'eau-de-vie, jusqu'à consistance de miel ; on ajoute un grand demi-verre d'eau, on mêle, puis on roule les bandes imbibées en les exprimant. Le second mode de préparation exige un certain temps : on a un large bassin dans lequel on jette la quantité de dextrine que l'on veut employer, avec le soin de briser les grumeaux que l'humidité forme quelquefois dans cette substance. On verse ensuite de l'eau-de-vie camphrée en quantité suffisante pour former une pâte très-épaisse, que l'on malaxe jusqu'à ce que la superficie commence à se coller aux mains ; alors on verse sur la masse de petites quantités d'eau tiède, qu'on incorpore successivement en malaxant de nouveau ; on ajoute ainsi assez d'eau tiède pour avoir un liquide de la consistance du miel ; l'eau froide convient aussi bien que l'eau tiède. Voici les proportions indiquées par M. Velpeau : prenez dextrine, 100 parties ; eau-de vie camphrée, 60 parties ; eau, 50 parties. Pour une fracture de cuisse il faut 500 grammes de dextrine, pour la jambe 300 ; pour le bras 200, ainsi que pour l'avant-bras. On plonge la bande déroulée dans la dext ine, ou l'y malaxe ; puis on la roule, en ayant soin de l'exprimer fortement afin qu'elle ne contienne que juste ce qu'il faut de colle pour la durcir. Cette condition est fort importante ; c'est d'elle que dépend la dessiccation promp e, d'où découlent tant d'avantages. Les bandes étant préparées, ainsi que les attelles de carton qu'on doit employer, on procède à l'application du bandage ainsi qu'il suit : après avoir fait la coaptation, on commence par disposer une bande roulée sèche sur toutes les parties que devra recouvrir la bande dextrinée, et on a soin de garnir d'ouate les saillies qui doivent supporter une pression plus forte que les autres parties. Cette première bande doit exercer une compression très-légère et bien égale sur tous les points. On fixe ensuite les attelles de carton qu'on imbibe de dextrine ; les compresses graduées, lorsqu'on les juge nécessaires, doivent être placées sous les attelles que l'on maintient avec quelques tours de bande fournis par le reste de la bande sèche. (Dans quelques cas de fracture simple on peut se passer des attelles en carton.) La réduction étant bien établie, on entoure le tout avec la bande dextrinée dont l'application, on ne peut plus facile, se règle sur celle de la bande sèche sur laquelle elle doit être placée avec une exactitude parfaite et sans efforts. Il faut faire le moins de renversés qu'on peut, cela importe à la solidité du bandage. M. Velpeau a fait quelquefois des bandages tout entiers sans renversés, en commençant par la partie supérieure du membre. Il faut avoir soin que la bande sèche déborde un peu aux deux extrémités la bande dextrinée, afin de prévenir le contact d'un bord tranchant contre la peau. La bande dextrinée étant appliquée, on régularise la surface externe de l'appareil, en y étendant avec les doigts une couche légère de dextrine qui donne la sol dité et l'élégance : il faut de huit à douze heures pour obtenir la dessiccation, quelquefois un peu plus, souvent moins lorsqu'on emploie la chaleur artificielle. Du reste, tant que la dessiccation n'est pas complète il faut avoir soin de placer le membre sur un coussin assez dur, revêtu d'une alèze et disposé de telle sorte qu'il maintienne

la coaptation. Quand la bande dextrinée est sèche, on met un coussin sous le membre que l'on place dans la position la plus commode. On a soin de surveiller les effets du bandage pendant les premiers jours, afin de remédier à temps à l'étranglement; s'il se manifestait, le chirurgien devrait enlever immédiatement le bandage: il devrait tenir aussi la même conduite si le malade se plaignait.

Pour les *fractures compliquées de plaie*, M. Velpeau a adopté l'appareil fenêtré. Lorsqu'on arrive avec la bande sèche au niveau de la plaie, on arrange les circulaires de manière à la laisser à nu dans un espace carré ou en forme de losange; et, pour appliquer la bande dextrinée, on peut agir de même, ou bien employer, pour former l'ouverture, une petite bande que l'on sacrifie à cet usage, et qu'on coupe de chaque côté au niveau de la plaie, à mesure qu'on l'applique. Ce dernier procédé donne plus de régularité et une solidité plus égale au bandage. L'appareil étant disposé, on panse la plaie comme à l'ordinaire, et lorsqu'elle est cicatrisée on peut enlever le bandage pour le remplacer par celui des fractures simples; ou bien fermer l'ouverture à l'aide d'une petite bande dextrinée, qu'on placerait après avoir couvert la cicatrice avec une compresse de linge sec. Dans le cas où l'on a quelque crainte sur l'exactitude du rapport des fragments, M. Velpeau conseille d'enlever le bandage avant que le cal soit complétement solidifié, afin de pouvoir le redresser s'il y a lieu. Quant à *la levée de l'appareil*, c'est une opération dont l'époque ne peut être déterminée d'une manière précise.

Après cette description générale de l'appareil amidonné, l'auteur s'occupe des appareils en particulier et en fait l'exposé suivant:

1° *Bandage de la clavicule*. — Les bandes doivent avoir de 8 à 12 aunes; il est en outre besoin d'une certaine quantité d'ouate, de plusieurs compresses graduées et d'un paquet de compresses pliées de manière à former une sorte de coin allongé. On place la main du membre malade sur l'épaule saine, de manière que le coude réponde à la pointe du sternum. Au moyen de cette position le fragment externe, qui a de la tendance à se porter en bas, en dedans et en avant, se trouve relevé et poussé en dehors et en arrière par suite du mouvement que l'épaule reçoit en ce sens. On fait la coaptation; on place les compresses graduées sur la clavicule fracturée, de sorte qu'elles puissent maintenir le fragment interne, et on a soin de garnir le coude d'une couche d'ouate; puis on applique le bandage. Le chef de la bande est placé en arrière sous l'aisselle saine, on la déroule ensuite sur le dos, l'épaule et la clavicule du côté malade; de là elle descend sous le coude du même côté, puis remonte sous l'aisselle du côté opposé; on l'amène de nouveau sur l'épaule malade et de façon qu'elle recouvre le premier jet aux deux tiers; on fait ainsi quatre ou cinq tours de bande jusqu'à ce qu'on arrive à la racine du cou; alors, quand on a dépassé l'aisselle du côté sain, pour le dernier tour, au lieu de diriger la bande vers l'épaule, on la porte transversalement en contournant le côté externe du thorax, la partie antérieure du membre malade, et l'on fait de la sorte un nombre suffisant de circulaires horizontales se recouvrant de haut en bas, de manière à embrasser le coude et à laisser à découvert la main et le sommet de l'épaule du côté fracturé; on termine par un ou deux tours de bandes obliques semblables aux premiers.

2° *Bandage du bras*. — Pour les fractures du col de l'humérus, il est préférable de garnir le creux de l'aisselle d'une épaisse plaque d'ouate, puis de maintenir le membre par le bandage qui suit, et qu'on termine à la partie supérieure par un spica. Pour les fractures du corps de l'os, on place une attelle en carton de chaque côté du membre, puis un bandage roulé, suivant les règles prescrites, depuis le poignet jusqu'au moignon de l'épaule, où il s'arrête par quelques tours de spica. On a soin de mettre le membre dans la demi-flexion. Si la fracture est placée près de l'articulation huméro-cubitale, on ajoute au bandage une compresse graduée en avant sur le pli du coude, et une en arrière sur l'olécrâne, et on multiplie un peu les circulaires autour de l'articulation.

3° *Bandage de l'avant-bras*. — Ce bandage s'étend depuis la racine des doigts jusqu'au-dessus du coude, à peu près à la moitié du bras, qui est maintenu dans une flexion suffisante pour permettre de placer une

écharpe. On met entre les deux bandes, en avant et en arrière, une compresse graduée et une attelle de carton mouillé. Si l'olécrâne est fracturé, on place le membre dans l'extension, et l'on met une compresse graduée au-dessus de cette apophyse.

4° *Bandage de la cuisse.*—On enveloppe d'abord la jambe avec un bandage qui va depuis la racine des orteils jusqu'au-dessus du genou, vers la partie moyenne de la cuisse, et on a soin de fixer de chaque côté au niveau des malléoles et du genou, deux lacs faits avec des bandes solides et pliées en deux, de manière que chaque lacs soit double. Cette première partie du bandage étant sèche, c'est-à-dire le soir du jour de son application, on place un lacs contre-extenseur qui embrasse le périnée et la tubérosité de l'ischion, garnis préalablement d'un épais coussin d'ouate; les chefs du lacs se fixent à la partie supérieure du lit. Les aides soulèvent le membre et maintiennent la réduction pendant que le chirurgien place un bandage qui prolonge le premier jusqu'au haut de la cuisse, où il se termine par un spica, de manière à entourer le bassin. On place le membre sur des coussins; on établit l'extension et la contre extension au moyen du lacs, et on a soin de surveiller la dessiccation, afin de remédier aux moindres déformations avant la solidification complète du bandage. Lorsque cette dernière est obtenue, on enlève le lacs contre-extenseur, on dénoue les extenseurs et on abandonne le membre sur des coussins. On a placé des attelles de carton entre les deux couches du bandage.

5° *Bandage de la rotule.* — On met en arrière une lame de carton, puis en avant des compresses au-dessus et au-dessous de la rotule, de manière à rapprocher le fragment en appuyant sur ces compresses par des tours de bande obliques enveloppant l'articulation, et que complète un bandage roulé dextriné, qui s'étend du pied au milieu de la cuisse. Le membre est maintenu dans l'extension.

6° *Bandage de la jambe.*—Lorsque les deux os sont fracturés, le bandage s'étend depuis la racine des orteils jusqu'au-dessus du genou; deux attelles de carton sont placées longitudinalement l'une en devant et l'autre en dehors; on comble les vides avec des compresses graduées, si cela est nécessaire. Le bandage est le même pour la fracture du tibia seul. Pour les fractures des malléolaires du péroné, il est inutile de faire monter le bandage jusqu'au-dessus du genou, et on a soin pendant la dessiccation de maintenir le pied fortement relevé et porté en dedans.

En terminant, nous ferons remarquer, avec M. Tardieu, que pour les fractures simples du membre supérieur et de la jambe, le bandage reste appliqué, en général, pendant vingt-cinq ou trente jours; que, pour les fractures de cuisse, il reste un peu plus longtemps; et, enfin, que pour les fractures compliquées il n'y a rien de précis à cet égard. M. Velpeau ne permet la déambulation qu'avec beaucoup de prudence et dans les cas de fracture simple de la jambe seulement. Il est clair qu'il n'est point question ici des fractures du membre supérieur. (*Annales de la Chir. franç. et étr.*, mars 1844.)

AVORTEMENT IMMINENT (*Observation d'*) *arrêté après un travail déjà très-avancé.* Cette observation curieuse est rapportée par M. le docteur Lecluyse. Une femme de trente-quatre ans, qui dans l'espace de sept années avait eu successivement trois accouchements à terme, un avortement et une parturition prématurée, se trouvait au sixième mois d'une sixième gestation, lorsque tout à coup elle se sentit prise de douleurs vagues dans les lombes et dans le bas-ventre, qui lui firent craindre le renouvellement du fâcheux accident de ses deux dernières grossesses. Appelé à la secourir une heure et demie après l'invasion de ses souffrances, M. Lecluyse reconnut bientôt tous les symptômes d'un travail d'enfantement bien prononcé. Le toucher fit reconnaître un relâchement notable de toutes les parties du vagin, ainsi qu'une dilatation de l'orifice de l'utérus assez large pour pouvoir y passer librement le doigt. Enfin, tout annonçait le premier temps de l'accouchement.

Cette femme, faible et d'une maigreur extrême, offrait tous les caractères d'une constitution éminemment nerveuse, et était, selon le récit de son mari, d'une sensibilité et d'une irritabilité telles que la moindre circonstance fâcheuse avait souvent occasionné en elle des troubles effrayants et des accès de spasme

et de mouvement hystérique des plus alarmants. Cette circonstance fixa l'attention du médecin, et la cause essentielle des accidents lui parut ne pouvoir résider que dans cet état nerveux général. Aussi il n'hésita pas à faire usage d'une préparation antispasmodique fortement laudanisée, qu'il fit prendre à des intervalles très-courts. A peine la patiente fut-elle à la troisième dose, qu'il remarqua déjà un calme sensible, et que les douleurs, d'abord diminuées, ne se déclarèrent bientôt plus qu'à des distances de plus en plus longues. Au bout de cinq quarts d'heure, la femme, débarrassée de ses souffrances, s'endormit. A part quelques légers accidents du côté de l'estomac, qui furent d'ailleurs promptement réprimés, tous les phénomènes inquiétants disparurent pour ne plus revenir.

Cette observation, quoique ne pouvant être généralisée, démontre combien il est utile et même urgent, quand on a affaire à des cas d'avortement, de bien se pénétrer des causes probables qui peuvent y donner lieu, et de ne jamais négliger d'employer les moyens capables de s'y opposer, tant qu'il reste quelque espoir de pouvoir rétablir le calme. Car bien souvent, soit par inattention, soit par insouciance, en présence d'un groupe de symptômes pareil à celui que nous venons d'exposer, on se contenterait du diagnostic de l'avortement en attendant son accomplissement en spectateur passif, là où un ministère zélé et circonspect pourrait arracher à une mort certaine un être dont la vie n'est menacée que par une naissance trop précoce. Or, si un moyen aussi simple a été suivi inopinément d'un pareil succès, s'il s'est trouvé d'autres cas où, par exemple, suivant Baudelocque, une saignée a pu arrêter les premières douleurs chez des femmes pléthoriques; où des lavements ont procuré le même avantage dans les circonstances où des coliques intestinales avaient déjà porté leur action sur l'utérus, combien de fois n'empêcherait-on pas l'avortement si la cause, souvent occulte, qui le provoque, était bien appréciée et parfaitement connue dans des moments où il serait encore possible de l'écarter ou de l'étouffer dans son action! (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, janvier 1844.)

CAL (*Considérations pratiques sur la formation du*). Pour apprécier avec rigueur les divers phénomènes successifs de la formation du cal, il était indispensable d'assister aux différentes phases du travail régénérateur dont l'os fracturé est le siége, et de suivre pour ainsi dire pas à pas la nature dans ses procédés. Cette voie d'observation, la seule qui puisse conduire à des résultats d'une valeur incontestable, est celle qu'a suivie M. le docteur Lebert dans l'excellent travail que nous nous proposons de faire connaître à nos lecteurs, persuadé que la thérapeutique des fractures n'a dû pendant longtemps ses incertitudes et ses défectuosités, qu'à la connaissance imparfaite où étaient les chirurgiens des conditions physiologiques sous l'influence desquelles leur guérison s'opère. Le mémoire du docteur Lebert contient treize observations; toutes ont trait à des fractures produites par l'expérimentation sur des lapins, et à peu près également réparties sur les membres antérieurs et postérieurs. L'examen des membres fracturés a été fait quinze heures après la fracture; puis de deux en deux jours d'abord, plus tard de trois en trois jours jusqu'au trente-troisième inclusivement. Dans cette première série d'expériences l'auteur a eu en vue de constater plus particulièrement les phénomènes primitifs de la formation du cal. Dans une deuxième série il s'est occupé des phénomènes consécutifs; son observation alors s'est exercée sur des fractures datant de quatre mois. Nous n'exposerons pas avec tous leurs détails anatomiques et physiologiques chacun des faits exposés par l'auteur; les conclusions générales auxquelles ils ont servi de base, et qui elles-mêmes n'en sont que l'expression résumée, les feront suffisamment connaître, en même temps qu'elles constitueront pour nous le chapitre capital, *celui de la théorie générale de la formation du cal*. Rappelons d'abord, avec M. Lebert, qu'à l'état normal, les os reçoivent des vaisseaux nombreux qui passent en grande partie par le périoste avant de se ramifier dans la substance osseuse. Ces vaisseaux ont le double but d'entretenir la nutrition des os et de présider à la fois à leur accroissement lent, mais continu, ainsi qu'à la résorbtion des parties qui sont remplacées par les éléments du tissu

osseux nouvellement sécrétés. Rappelons ici plus que dans la formation fœtale des os, on commence à en voir les premiers vestiges vers le sixième jour; depuis cette époque, tous les os constitués par des cartilages montrent une substance intercellulaire homogène, et de petits corpuscules cartilagineux; plus tard se forment dans cette substance intercellulaire des canaux, une vascularité abondante s'y ramifie, les canaux se remplissent en partie de sels calcaires, et ainsi se forment les os. Or, d'après l'auteur, ces deux éléments, savoir, la formation embryonale de l'os et les phénomènes fondamentaux de la nutrition, constituent la base de la régénération des os lésés, la base de la formation du cal. Le premier effet de la fracture est l'extravasation du sang; cette extravasation, qui peut s'étendre à toutes les couches du tissu cellulaire depuis l'os jusqu'à la peau, n'a rien à faire avec la sécrétion spéciale du cal; le sang épanché finit au contraire par être entièrement résorbé du quatrième au huitième jour environ, ce qui est en opposition formelle, comme on le voit, avec la théorie de John Hunter et de M. J. Howship, qui considéraient le cal comme le résultat du développement organique du sang extravasé, et de son passage à l'état osseux. Pour M. Lebert, la première période de la formation du cal ne commence que lorsque l'inflammation qui suit la fracture a disparu, et même cette inflammation, pour peu qu'elle soit trop vive, en empêche et en retarde le développement. Cette inflammation toutefois n'est pas sans utilité pour le cal; elle réunit par exsudation granuleuse et gluante les parties ambiantes de la fracture, et fait ainsi précéder les attelles cartilagineuses et osseuses que la nature prepare, par des attelles élastiques qui ont au moins, outre quelque mérite contentif, celui de circonscrire la limite de la nouvelle sécrétion ostéogénique. La première période de la sécrétion du cal commence par une exsudation provenant des vaisseaux qui, chargés avant la lésion d'entretenir l'os dans son état d'intégrité, en renferment plus particulièrement les éléments futurs à l'état de dissolution: ces éléments en sortent par transsudation capillaire, fournis surtout par les vaisseaux du périoste et de la ste est de l'os, à l'endroit où le périosurfac détaché; mais non par la surface libre des fragments, ni par aucun des éléments de l'intérieur de l'os, et ils ne proviennent surtout point de la membrane medullaire. Cette exsudation d'abord liquide, ensuite gélatineuse, est l'élément qui, par son origine et son développement ultérieur, renferme déjà virtuellement les éléments de l'os nouveau. La seconde période est marquée par l'organisation cartilagineuse de cette exsudation osteo-plastique; la matière liquide devient solide, compacte; elle s'organise de plus en plus, sa couleur jaunâtre passe à une teinte blanche et lactescente: son intérieur contient des corpuscules du cartilage identiques avec ceux de l'embryon, et de nombreux réseaux ainsi que des vaisseaux provenant du périoste et de la surface de l'os. Dans la troisième période, celle de l'ossification du cal, on voit d'abord dans son intérieur de nombreux ilots de substance osteifiante. Mais un fait sur lequel l'auteur insiste, c'est que le cal provenant de l'espace entre le perioste detaché et l'os dénudé, fourni par les vaisseaux de ces deux parties, procède de dehors en dedans; il atteint d'abord l'espace entre les fragments, et finit par combler des deux côtes le canal medullaire dans une certaine étendue. Le rôle que joue dans ce travail la membrane medullaire n'est que secondaire, et consiste seulement dans le développement des vaisseaux et d'une substance fibreuse, qui viennent pour ainsi dire à la rencontre du cal et ne font que cimenter son union, d'un côté avec les fragments, d'un autre côté avec les parois de la cavité medullaire. Les vaisseaux du périoste et de l'os y jouent donc le rôle principal, ceux de la membrane médullaire un rôle tout à fait secondaire. La quatrième période commence par l'ossification complète de l'exsudation ostéo-plastique; elle se termine par la disparition d'une grande partie de sa masse et par le rétablissement du canal medullaire. Le cal diminue à mesure qu'il devient plus solide, la substance cartilagineuse y disparaît tout à fait, les areoles se développent davantage, la circulation y devient plus facile et plus continue, soit en dehors du côté du périoste, soit en dedans du côté de la membrane médullaire. (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, février 1844.)

DELIRIUM TREMENS (*De l'emploi de l'ammoniaque dans le traitement du*). Les heureux effets de l'ammoniaque administrée pour faire cesser les phénomènes cérébraux auxquels l'ivresse donne lieu sont généralement connus, depuis les observations de M. Massuyer, qui les a le premier signalés. Mais ce qui n'est pas moins digne d'attention, surtout à cause de la gravité des accidents auxquels il s'agit de remédier, c'est l'application du même traitement au delirium tremens. Dès l'année 1829, comme le prouve le *Journal de Médecine de Lyon*, décembre 1843, M. Brachet en avait eu l'idée. Aujourd'hui, c'est un praticien recommandable de Bordeaux qui préconise les avantages de cette médication dont il a eu à se louer dans mainte circonstance. Citons les faits à l'appui. « Je fus appelé, dit le docteur Chabrely, pour donner des soins au nommé Gueynard, tonnelier, âgé de quarante ans, fort et sanguin, qui abuse journellement des spiritueux, et qui présentait alors le *délire vigil* bien prononcé. Ses membres et le tronc sont agités de tremblements comme dans le frisson d'une forte fièvre intermittente; il est d'une loquacité remarquable, a des hallucinations, il se croit à son travail. Saignée du pied et du bras sans aucun effet. Le malade n'a pas un seul instant de sommeil; il faut trois hommes pour le tenir dans son lit. » Au troisième jour de cet état, qui ne fait qu'empirer, M. Chabrely donna un julep calmant de 120 grammes, avec addition de 8 grammes d'acétate d'ammoniaque, à prendre par cuillerées toutes les heures. Ce julep achevé, on en donna un autre; le malade s'endormit à plusieurs reprises; la peau présenta un peu de moiteur, le délire cessa, mais le tremblement nerveux continua encore pendant quelques jours; il ne céda que dix jours plus tard, à l'action des bains pris matin et soir.

La seconde observation de M. Chabrely se rapporte au sieur Marzilié, capitaine caboteur, fort adonné aux boissons alcooliques, et qui était atteint d'un délire tranquille et taciturne, bien qu'il n'eût pas bu depuis quarante-huit heures. Connaissant les habitudes de Marzilié, M. Chabrely ne crut pas à une encéphalite, et ne vit dans l'ensemble des symptômes que le delirium tremens. Il le saigna; il lui donna des opiacées, sans obtenir ni calme ni sommeil. Le troisième jour, on eut recours au julep de 120 grammes de véhicule sucré, avec addition de 10 grammes d'esprit de mindérérus. La cessation du délire eut lieu au bout de quelques heures de l'emploi de cette potion; le malade put dormir, et, le lendemain, il était assez bien pour se livrer à ses occupations. M. Chabrely ajoute que les attaques d'éclampsie épileptiforme, que le *delirium tremens* laisse quelquefois subsister après lui, sont avantageusement combattues par le même julep ammoniacé. Malgré l'emploi des saignées et des préparations opiacées chez les malades dont nous venons de donner les observations, on ne saurait nier que la guérison ait été obtenue par la médication à l'aide de l'ammoniaque, il ne saurait y avoir à cet égard ni doute ni confusion, ce que nous serions les premiers à admettre s'il y avait eu association des deux méthodes dans un but commun; mais il n'en est point ainsi, puisqu'il y a eu abandon de la première, non-seulement pour cause d'insuffisance, mais encore parce que les accidents généraux semblaient s'accroître sous son influence. En rapprochant les effets de l'ammoniaque dans le traitement du *delirium tremens*, de ceux que l'on constate chaque jour quand on l'administre contre l'ivresse, on est tenté de se ranger de l'opinion du docteur Scharn, de Katscher, qui pense que l'affection dont il s'agit n'est autre chose que l'ivresse portée à son summum d'intensité; aussi, pour ce médecin, l'ammoniaque est-elle l'agent thérapeutique le plus convenable pour remplir toutes les indications en pareille circonstance. (*Bull. méd. de Bordeaux*, avril 1844.)

EXCISION *des gencives chez les enfants à la mamelle.* L'opportunité de cette petite opération, et les résultats que l'on peut en attendre, ne sont peut-être pas, d'après M. Trousseau, généralement bien appréciés, et voilà pourquoi il a cru utile de faire, sur ce sujet, une leçon clinique. L'opinion générale des médecins sur le mode de sortie des dents est la suivante : ils pensent que la dent, lorsqu'elle a acquis un développement suffisant, fait saillie au-dessous de la membrane muqueuse de la gencive, et finit par triompher

de la résistance des fibres du derme muqueux. Cette théorie, toute mécanique, rend en apparence assez bien compte des douleurs que fait éprouver l'évolution d'une dent, en même temps qu'elle justifie parfaitement l'opération qui consiste à exciser la gencive dans le point correspondant à la saillie de la dent. Malheureusement, d'après M. Trousseau, cette théorie si simple est fausse de tous points, et voici ce qui le prouve. Lorsqu'une dent est sur le point de sortir, on voit la gencive faire une saillie notable. Cette saillie est-elle formée par la dent qui est au-dessous? L'expérience répond aisément. Enfoncez une aiguille qui traverse le bord de la gencive, perpendiculairement à l'axe de la dent, et vous verrez que bien souvent, le plus souvent même, l'épaisseur de la gencive traversée est de deux, trois et quatre millimètres, distance qui sépare encore la dent de la surface de la gencive. Ce gonflement est donc simplement fluxionnaire ou inflammatoire; il est occasionné par la dent, mais il n'est pas constitué par la dent, ce qui est capital. Cela est si vrai, que vous verrez, dans l'espace de deux mois, le gonflement cesser et reparaître plusieurs fois, ce qui serait impossible s'il était formé par la dent. Il ne faudrait pourtant pas exagérer cette théorie, et nier que la couronne de la dent ne puisse former un relief souvent considérable. Mais, ce relief, qui est constant, inamovible, doit être soigneusement distingué de celui qui est essentiellement temporaire.

Le gonflement persistant se reconnaît à l'absence de douleur, de rougeur et des signes qui caractérisent ordinairement la fluxion chez les enfants, c'est-à-dire la salivation, la rougeur de la pointe de la langue, le gonflement des amygdales, la fièvre, la toux, etc. Aucun médecin alors ne s'avisera de faire des incisions aux gencives. Mais quand existent tous les signes de la fluxion, il est de règle, pour beaucoup de praticiens, d'ailleurs éclairés, de faire des incisions sur les gencives dans le but de faciliter la sortie de la dent; mais ces incisions, et même l'excision ne produisent pas ce résultat, parce que, comme nous l'avons vu, le gonflement des gencives n'est pas constitué par la dent elle-même. Si l'on opérait un débridement dans le sens où on l'entend ordinairement en chirurgie, la plaie faite au niveau de la dent resterait béante, et au fond on verrait et l'on sentirait la dent libre désormais. Or, il n'en est point ainsi; les incisions que l'on fait sur les gencives restent linéaires; leurs bords ne s'écartent nullement, et, chose curieuse, les petites plaies sont réunies par première intention au bout de quelques heures; c'est ce que l'on peut constater bien aisément.

M. Trousseau ne voit donc pas l'utilité d'un prétendu débridement qui ne débride rien, attendu qu'il n'y a rien à débrider; et, tout au contraire, il serait disposé à regarder ces opérations comme mauvaises, en ce sens qu'elles font dans la gencive de petites cicatrices qui, peut-être, sont pour la dent plus difficiles à traverser que le tissu normal. Il ne peut se dissimuler pourtant que les incisions calment quelquefois très-rapidement les douleurs des dents des enfants, et font cesser les accidents nerveux qui semblaient liés à la vivacité même de cette douleur; mais elles ont agi comme des scarifications qui diminuent l'inflammation, et non comme moyen propre à faciliter l'issue de la dent. Si l'on veut donc les conserver comme moyen antiphlogistique, il reconnaît qu'elles sont utiles; mais dans le but de débrider les gencives, et de hâter ainsi la sortie de la dent, elles doivent être rejetées comme ne produisant en aucune façon ce résultat. (*Gaz. des Hôp*, mars 1844.)

FRACTURE DU CRANE *avec écrasement, perte de substance cérébrale, accidents consécutifs; guérison.* Les faits de ce genre ne sont pas sans exemple dans la science, ils offrent néanmoins un vif intérêt, autant sous le point de vue pratique que sous le point de vue psychologique. Un enfant de cinq ans, dit M. L. Bessières, jouait en se balançant, suspendu derrière une voiture chargée qui stationnait sur un carrefour. Pendant ce temps, le charretier, dételant son cheval, lâcha la voiture qui, par un mouvement de bascule opéré par l'excès de charge, s'abaissa violemment en arrière. L'enfant fut terrassé à l'instant même; sa tête, frappée comme d'un coup de masse, se trouva prise entre le derrière de la voiture et le pavé de la rue. Il donnait à peine quelques signes de vie. Appelé auprès du malade, M. Bessières le trouva

dans l'état suivant, demi-heure après l'accident. Immobilité des traits, bouche entr'ouverte, un peu tirée à gauche, écumeuse; lèvres et peau presque froides; pouls lent et assez plein; yeux entr'ouverts, un peu mobiles, nulle contractilité dans la pupille; insensibilité, résolution complète des membres, coma commençant, respiration lente et suspirieuse, urines involontaires; en somme, tous les symptômes et les signes caractéristiques d'un grand désordre cérébral. A la partie supérieure de la tête, au point de réunion des deux pariétaux, près de l'occipital, il existait une tumeur assez considérable, bombée, un peu molle au centre, de cinq centimètres d'épaisseur et de neuf à dix de diamètre. Le cuir chevelu était froissé, un peu meurtri en un ou deux endroits, mais nullement percé jusqu'au crâne. Persuadé qu'il y avait fracture des pariétaux, déchirement des membranes, décollement du cuir chevelu, épanchement de sang, et probablement lésion du cerveau, M. Bessières se hâta de raser la partie, et il fit une incision dans le milieu de la tumeur. A l'instant il s'écoula du sang liquide, des caillots et des débris de substance cérébrale triturés; ces débris sortaient en abondance lorsque avec le doigt il comprimait la circonférence de la tumeur. Pendant plusieurs jours il constata, au milieu d'un écoulement séro-sanguinolent, la présence de flocons de substance corticale; vers la fin du cinquième jour, il ne s'écoula plus qu'une sérosité rougeâtre. La quantité de substance corticale qui s'est écoulée par la plaie peut être évaluée au tiers environ d'une cervelle de mouton. La tumeur était considérablement diminuée. En introduisant l'extrémité du doigt dans l'ouverture pratiquée, on put constater des saillies anguleuses d'os fracturés.

Ce ne fut que vers la fin du troisième jour de cet accident que l'enfant poussa quelques petits cris. Pour la première fois alors il put boire un peu d'eau miellée à l'aide d'une cuiller; dès ce moment il vécut avec des bouillons substantiels jusqu'à ce que son état lui permît de prendre quelques aliments solides. Mais l'abolition du sentiment et du mouvement persista encore environ pendant près de trois semaines. Vers cette époque il exerça quelques mouvements dans les membres du côté droit, mais le côté gauche resta dans une paralysie complète; il s'y établit même une raideur, une contraction particulières. C'est aussi à cette même époque que l'enfant commença à prononcer quelques paroles, mais difficilement; il paraissait étonné de tout ce qui se passait autour de lui; il avait perdu la mémoire des noms, il appelait une chaise *de l'eau*, du pain *une pomme*, etc. Peu à peu néanmoins ses facultés intellectuelles s'améliorèrent, mais pendant plus de cinq mois encore il resta complétement hémiplégique; et ce ne fut qu'après ce terme qu'il recouvra l'usage complet de ses facultés intellectuelles. Mais après le cinquième mois, l'hémiplégie s'améliora peu à peu, et les membres paralysés reprirent leurs fonctions et leur puissance. Des esquilles nombreuses se détachèrent de la plaie de la tête, et cette perte successive de substance osseuse laissa un vide entre les pariétaux du diamètre d'une pièce de cinq francs et recouvert par le cuir chevelu, qui se cicatrisa parfaitement. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cet intervalle, au travers duquel on voyait les mouvements pulsatiles du cerveau, se rétrécit insensiblement, et au bout de plusieurs mois une substance osseuse nouvelle sembla s'être reproduite de la circonférence au centre, au point que cet espace n'était plus que d'un centimètre. Peut-on admettre aussi que la substance corticale du cerveau se soit reproduite? et le retour intégral des facultés intellectuelles suffit-il pour faire admettre cette opinion? On comprend combien il est difficile de répondre à ces questions. (*L'Expérience*, mars 1844.)

FRACTURE LONGITUDINALE *du troisième os du métacarpe, avec plaie en apparence légère, suivie de tétanos et de mort.* L'observation qu'on va lire n'est pas seulement intéressante au point de vue de la lésion osseuse dont les annales de l'art renferment peu d'exemples, elle l'est encore par la difficulté du diagnostic et surtout par la gravité du dénoûment, que la légèreté apparente des plaies extérieures ne permettait pas de prévoir. — Henniou (Pierre), soldat à la deuxième compagnie sédentaire, d'une constitution assez forte, reçut des coups sur la main droite, dans une altercation avec des paysans. Il entra à l'hôpital deux

jours après; il avait la main et la moitié inférieure de l'avant-bras fortement gonflées, avec tension, rougeur, chaleur et douleur fort vive. On remarquait à la main droite trois plaies faites, selon le dire du malade, avec un râteau. La première de ces plaies était située à la partie supérieure et moyenne de la paume de la main, longue de six lignes environ; la deuxième à la partie interne, ayant la largeur d'un quart de franc; toutes deux n'intéressaient que la peau. La troisième était située à la face postérieure entre la tête du troisième et celle du quatrième métacarpien; elle avait la même largeur que la deuxième. Saignée du bras, compresses trempées dans l'eau froide sur les différentes plaies. Le lendemain 7 avril, douleurs pulsatives, rougeur moins prononcée, même gonflement, tension égale: le malade accuse de l'insomnie, de la céphalalgie, une soif modérée, le pouls est à 80. Vingt sangsues sur la main, bain de bras longtemps prolongé, cataplasmes emollients; diète. Le 8, plus de gonflement à l'avant-bras; diminution de celui de la main, tumeur fluctuante sous l'aponevrose palmaire. On ouvre la tumeur, il s'écoule du pus sanguinolent. Jusqu'au 11 au soir, tous les accidents locaux allaient en décroissant d'une manière très-sensible, lorsque dans la nuit les accidents tétaniques se montrèrent. Il y eut par intervalles des contractions spasmodiques dans les muscles de la mâchoire inférieure et les fléchisseurs de la main droite; altération de la face, peau molle, déglutition difficile, soif vive, pouls dur. Saignée de seize onces. Le 12, les doigts sont fléchis de manière à ce que les ongles sont empreints dans la paume de la main; leur redressement est impossible sans de vives douleurs; les plaies sont blafardes, la suppuration a diminué en quantité et en consistance. Le chirurgien débrida la plaie du dos de la main sans rien découvrir de particulier; la sonde introduite dans la plaie de la face palmaire pénétra entre les tendons des fléchisseurs. Le lendemain 13, spasmes musculaires s'étendant jusqu'aux muscles de la poitrine; respiration haute, pouls dur et accéléré. Les plaies blafardes laissent exsuder un liquide sanieux. Saignée de seize onces, ventouses scarifiées à la colonne vertébrale, bain général et prolongé, potion contenant 10 grains d'extrait d'opium à prendre par cuillerée à café toutes les demi-heures. Malgré ce traitement, les accès se rapprochent et deviennent plus intenses; les contractions musculaires sont permanentes et s'étendent jusqu'aux muscles de l'abdomen; les yeux sont injectés, larmoyants, fixes et enfoncés dans l'orbite; altération profonde de la face, sueur froide, visqueuse; pouls petit, irrégulier. Le malade a succombé le 14, à une heure du matin.

Autopsie. Elle permit de constater à la tête une réplétion considérable de vaisseaux sanguins de la périphérie; de plus, un pointillé rouge de la substance cérébrale; une coloration rouge de la dure-mère rachidienne à la partie supérieure de la région dorsale. Le long de la face postérieure de la moelle épinière existait une poche allongée dans l'étendue de 3 pouces et large d'un pouce, contenant une once de sérosité. L'aponévrose palmaire est décollée dans toute son étendue, les tendons des fléchisseurs des doigts sont baignés dans un liquide sanieux; à la face postérieure entre la tête des troisième et quatrième os métacarpiens, on trouve une plaie qui pénètre jusque dans la paume de la main: la tête du troisième os du métacarpe est divisée suivant l'axe de l'os, qui lui-même est fêlé dans la moitié de son étendue. L'auteur de cette observation y a joint un dessin qui représente la forme et la direction de la fracture, avec le fragment d'os détaché par suite de la lésion dont il s'agit. Ce fragment est formé par un segment de la tête de l'os métacarpien, et une languette osseuse y attenant et prise sur la face dorsale du corps du même os. Suivant M. Grégoir, à qui la science est redevable de ce fait, la fracture aurait été produite par l'une des dents du râteau. Cette observation, en montrant tout ce qu'ont d'insidieux les plaies faites par un instrument piquant, en même temps que les graves conséquences auxquelles peut exposer un diagnostic erroné, avertit le chirurgien de ne pas s'en rapporter exclusivement aux caractères extérieurs ou objectifs de ces plaies qui, malgré leur apparente légèreté, peuvent atteindre à une profondeur considérable et avoir intéressé des organes d'une haute importance. Dans le cas dont il est question, nous

regrettons de ne point voir mentionnées les recherches qu'on aurait dû faire pour s'enquérir de l'étendue que pouvait avoir en longueur l'instrument vulnérant : cette appréciation suffisamment justifiée eût éclairé le chirurgien et eût peut-être influencé avantageusement sa conduite; car malgré la sédation obtenue dès le quatrième jour par la médication qui a été suivie, ne peut-on pas penser qu'un débridement prématuré eût prévenu le dénoûment fatal qui a enlevé le malade, en proie depuis plusieurs jours aux douleurs excessives d'un panaris profond avec diffusion sous-aponévrotique de l'inflammation, comme l'a démontré l'autopsie? Cette manière de voir paraîtra on ne peut plus rationnelle, si on se rappelle que dans un grand nombre de circonstances les accidents tétaniques ne viennent compliquer les plaies qu'après que celles-ci ont été le siége d'une douleur très-vive, qui a porté sur le système nerveux une perturbation profonde, et un ébranlement général dans l'économie. Quant à la fracture du métacarpien, comme elle était nécessairement intra-articulaire, nous regrettons que le chirurgien n'ait pas insisté sur l'état anatomique du tissu osseux et de l'articulation, qui devaient infailliblement prendre l'un et l'autre part à l'inflammation des parties environnantes, en supposant même qu'ils n'en aient pas été le point de départ. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, février 1844.)

INCONTINENCE D'URINE (*Guérison, par divers baumes, de plusieurs cas d'*). Il n'est pas de praticien qui n'ait rencontré des enfants affectés d'incontinence d'urine, et qui ne se soit convaincu des difficultés que l'on éprouve souvent à faire cesser cette infirmité qui se perpétue quelquefois jusqu'à un âge assez avancé. C'est ainsi qu'en ce moment nous connaissons une jeune personne âgée de vingt-un ans, bien conformée d'ailleurs, chez laquelle il y a toutes les nuits émission involontaire des urines, et cela dure depuis la première enfance. Des médications nombreuses et variées ont été mises en usage à plusieurs reprises sans qu'on en ait obtenu aucune amélioration notable. Aussi avons-nous été heureux de trouver dans le travail que nous analysons une indication thérapeutique nouvelle sur laquelle nous croyons utile d'appeler l'attention de nos lecteurs, l'expérience en ayant déjà sanctionné l'efficacité entre les mains de son auteur, M. le docteur Chabrely de Bordeaux. Le traitement consiste en deux espèces de moyens; les uns spécifiques, et les autres non spécifiques ou communs. Avant tout, il faut s'assurer de l'état des reins, de la vessie et de l'urètre, analyser les urines pour ne point confondre l'albuminurie, le diabète, avec l'incontinence d'urine *essentielle*. Le régime sera subordonné aux indications prescrites par l'état général du sujet et les qualités chimiques de l'urine : fortifiant chez les sujets débilités dont l'urine contient peu de principes azotés, il sera au contraire végétal, doux et débilitant dans les circonstances opposées. Quant au traitement que l'auteur appelle spécifique, il est à peu près le même chez tous les individus : c'est pour tisane l'eau de goudron ou l'infusion de camomille édulcorée avec le sirop de baume de Tolu. M. Chabrely recommande surtout l'opiat suivant :

Pr. Baume de styrax purifié,	6 gram.
— du Pérou,	6 gram
Miel fin,	90 gram.
Gomme arabique,	q. s.

On prend cet opiat par cuillerée à café, une matin et soir.

Ces baumes peuvent encore se donner en pilules.

Pr. Baume de Tolu,	8 gram.
— de styrax,	6 gram.

Mêlez pour 35 pilules. On en prend six par jour.

On peut aussi suspendre le médicament dans une émulsion, en un demi-lavement qu'on administre le soir, au coucher du malade. Si l'incontinence est rebelle, M. Chabrely recommande de faire des frictions sur l'hypogastre, les reins et les lombes, avec l'essence de térébenthine rendue à la consistance de pommade par l'addition de jaunes d'œufs. L'auteur a fait usage de cette médication sur plusieurs malades, dont il transmet l'observation. Ce sont d'abord deux enfants âgés l'un et l'autre de onze ans; tous deux sont depuis plusieurs années sujets à une incontinence nocturne d'urines dans le plus fort de leur sommeil. Ils furent soumis au même traitement, avec cette différence que l'un prit l'opiat balsamique et l'autre les pilules; à chacun on donna

l'eau de goudron : après trois semaines de traitement pour celui-là, et quinze jours seulement pour celui-ci, l'incontinence avait complétement disparu. La cure se maintient parfaitement. Même succès sur deux autres malades, âgés l'un de quarante ans et l'autre de trente. Une cinquième observation que renferme le mémoire de M. Chabrely a trait à une femme de trente-trois ans, forte et d'un tempérament sanguin. Elle souffrait depuis plusieurs mois d'un poids énorme à la vulve, et de fortes cuissons après avoir uriné : en examinant les organes génitaux, l'auteur constata la présence d'un corps qui oblitérait en partie l'orifice du vagin, et dont il n'apprécia pas bien d'abord la nature. En forçant un peu, l'observateur put franchir l'obstacle et pénétrer dans le vagin, où il reconnut dans sa situation normale le col utérin. On n'avait donc pas affaire à un prolapsus de cet organe, ce que de prime abord M. Chabrely nous apprend qu'il eût pu croire, en raison de la similitude de conformation qui existait entre le col de la matrice et le corps étranger qui présentait un orifice à son centre. Il s'agissait d'un boursouflement énorme de la muqueuse urétrale avec prolapsus, analogue au chemosis dans la conjonctive. On prescrivit 96 pilules balsamiques, à prendre huit par jour, du poids de 0,30 chacune ; on réitera la dose une seconde fois, et au bout d'un mois la tumeur n'existait plus. L'auteur insiste avec raison sur le résultat vraiment fort remarquable de cette médication qui ne s'adressait pas ici à un trouble fonctionnel, comme dans les cas qui précèdent, mais à une lésion organique et vitale qu'on eût pu confondre avec un polype ou un fongus, et attaquer sans nécessité par des moyens chirurgicaux, la cautérisation par exemple, l'excision ou la ligature. Est-ce à dire que, dans les circonstances analogues, on obtiendra toujours le même résultat du traitement balsamique, et que seul il devra suffire pour opérer la résolution de l'engorgement de la membrane muqueuse, et faire cesser son prolapsus ? c'est ce qu'il n'est pas permis d'espérer ; aussi, une fois que l'insuffisance du traitement sera démontrée par une expérimentation assez longtemps prolongée pour que la signification ne laisse aucun doute, on devra lui associer soit la cautérisation, soit l'excision, suivant le degré d'altération qu'aura subie le tissu muqueux. (*Bulletin médical de Bordeaux*, avril 1844.)

INTERTRIGO (*De l'*) *de la partie postérieure des oreilles chez les jeunes enfants.* Cette affection est du genre de celles auxquelles on n'accorde généralement que peu d'attention. Elle peut entraîner cependant, dit M. le docteur Wolf, de Neustadt, des accidents assez graves. Cet érithème est caractérisé par une rougeur vive, qui bientôt donne lieu à des excoriations et à l'exsudation d'un liquide séreux ou séro-purulent, qui se dessèche à l'air et se change en croûtes plus ou moins épaisses. Sa manière d'être est la même, qu'on l'observe au cou, aux aisselles, derrière les oreilles ou aux parties génitales. L'*intertrigo auriculaire* apparait souvent subitement sans signes précurseurs, en un jour, et passe rapidement à l'état d'excoriation. Il n'est pas rare de remarquer que d'abord une oreille, puis seulement l'autre en soit affectée. Souvent il y a du trouble dans les fonctions de la digestion, ou bien l'enfant est sous l'influence d'une dentition difficile. Aussi longtemps que l'etat général n'est pas revenu à bien, ou tant que dure la fluxion vers la tête qui accompagne la dentition, tous les essais curatifs demeurent sans succès ou même sont nuisibles.

Quelques médecins conseillent d'abandonner cette éruption à la nature ; d'autres, au contraire, emploient un traitement plus ou moins énergique. Voici quelles sont les vues thérapeutiques de M. Wolf à cet égard. Modifier l'état des organes digestifs par une diète un peu sévère et un régime peu excitant ; appliquer ce précepte à la nourrice, si l'enfant n'est point encore sevré ; employer de doux purgatifs, la manne, les sels neutres, l'infusion composée de séné, etc. Comme moyens locaux, au début du mal, on fera des applications, renouvelées de dix en dix minutes, avec des compresses trempées dans de l'eau à la glace. Quand la sécrétion est très-abondante et qu'elle dure déjà depuis six à huit jours, on se servira de fomentations faites avec une dissolution de sous-acétate de plomb et une forte infusion de camomille. Les croûtes devront toujours être ramol-

lies. Si les parties excoriées venaient à se creuser et à se recouvrir d'une couche épaisse de lymphe coagulée, il ne faudrait pas hésiter à les cautériser avec la pierre infernale. La douleur ne sera que peu intense et l'acte bientôt accompli. Après la chute des eschares il ne reste plus rien à faire, car la guérison sera prompte et se fera spontanément. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, février 1844.)

INTRODUCTION D'UN OS *de bœuf dans l'œsophage; expulsion au bout de douze jours, à la suite de plusieurs vomitifs administrés au malade.* Cette observation, communiquée par M. le docteur Hatterer, est digne d'intérêt. Un jeune homme de vingt-trois ans, fort et robuste, avala par mégarde, à souper, un os qui se trouvait dans les légumes. Aussitôt, douleur à la partie moyenne du sternum, avec gêne considérable, respiration pénible, puis pouls fébrile, face injectée. Un médecin appelé introduisit une sonde dans l'œsophage, dans l'intention de repousser le corps étranger dans l'estomac; mais il ne parvint pas à le déplacer. Cette introduction occasionna des vomissements qui firent remonter ce corps étranger vers la partie inférieure et latérale du cou. Le malade ne pouvait avaler qu'avec la plus grande difficulté, et non sans beaucoup de douleurs, les bouillons et autres liquides qu'on lui faisait prendre en petite quantité : sentiment de piqûre à cette région, augmentant à chaque respiration ou expectoration. Le surlendemain, gonflement inflammatoire de la partie latérale du cou : saignée du bras, quinze sangsues sur la partie tuméfiée, fréquentes applications de cataplasmes; huile d'amandes douces par cuillerées chaque deux heures. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes inflammatoires s'amendèrent, et le calme se rétablit au bout de trois jours. L'instrument de Graefe de Berlin fut introduit sans succès, l'os ne put être deplacé. Un vomitif, pris immédiatement après que le malade eut avalé une assez grande quantité de mie de pain délayée, détermina des vomissements qui n'amenèrent au dehors que les substances ingérées dans l'estomac. Trois jours après, l'os se déplaça spontanément, et vint reprendre sa première position, c'est-à-dire derrière la partie moyenne du sternum. Second vomitif sans résultat. Le malade en prend un troisième de son propre chef, et, deux heures après, il expulsa, par suite de forts vomissements, un os qui n'avait pas moins de trois centimètres de longueur sur deux de largeur. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, février 1844.)

IODURE DE FER (*Emploi de l'*) *dans la phthisie pulmonaire.* Dans le résumé du service de M. Brichetau pendant le premier semestre de 1843, on trouve deux cas remarquables de phthisie qui méritent de n'être pas passés sous silence. L'un était dans le service au 1er janvier, jeune homme d'une vingtaine d'années, gros et grand, avec toutes les apparences de la plus florissante santé. Certes, à le voir, nul n'aurait pu le soupçonner phthisique. Ce malade était pourtant entré précédemment, maigre et chétif, avec tous les signes locaux et généraux de la tuberculisation pulmonaire. Cela n'avait pas empêché le retour à la santé. Mais le phénomène le plus remarquable, c'est qu'au moment où existait cet état si satisfaisant, on a pu entendre du tintement métallique à la partie postérieure d'un des poumons, et cela dans une assez grande étendue. Le second malade a été amputé de la cuisse par M. Bonnet de Lyon, il y a deux ans. Une voiture lui avait écrasé la jambe. Entré dans les salles le 7 janvier, il en est sorti le 7 mai. Une caverne a été reconnue sous la clavicule droite, lorsque le malade est entré. Plus tard les signes de cette caverne avaient disparu ; le malade allait bien, toussait à peine, en un mot il paraissait sur la voie d'une parfaite guérison. Tout à coup cet état satisfaisant a cessé; il y a eu comme une nouvelle éruption tuberculeuse, et cette fois encore on a pu aisément retrouver les signes un moment disparus. Ces alternatives se sont répétées deux fois, et lorsque le malade est sorti, il était bien pour la troisième fois. Le traitement avait consisté en un cautère sous la clavicule droite, et le sirop d'iodure de fer, de 15 à 25 grammes, qu'il fallait suspendre de temps en temps, parce que le malade en était dérangé. Mais cet individu vient de rentrer à l'hôpital. (*Gaz. des Hôp.*, mars 1844.)

MILIAIRE (*Considérations pratiques sur la*). M. le professeur For-

get, auteur de cette note lue à la Société de médecine de Strasbourg, où il avait été dit que quelques médecins français niaient l'existence de la miliaire en tant que maladie propre et *sui generis*, a cru devoir, pour ce qui le concerne, faire sa profession de foi sur cette maladie. Il croit à la miliaire en tant que maladie propre, ayant son appareil de phénomènes particuliers, pouvant sévir d'une manière sporadique et plus souvent épidémique. Elle est aiguë ou chronique. Il professe que la miliaire aiguë ne réclame pas plus la chaleur et les excitants que les autres exanthèmes, ce qui ne veut pas dire qu'il faille refroidir brusquement les malades. Si la miliaire aiguë est si meurtrière, c'est que probablement, tout en faisant ce qui convient quant aux remèdes, les médecins manquent généralement de la conviction et de l'énergie nécessaires pour résister aux funestes préjugés enracinés dans l'esprit du stupide vulgaire, au sujet de la prétendue nécessité des *échauffants*. A ce sujet, il rapporte ce fait remarquable. Dans l'hiver de 1842-1843, un confrère le fit appeler auprès d'un de ses malades, jardinier, dans la force de l'âge et d'une bonne constitution. Cet homme était affecté depuis plusieurs jours d'une miliaire aiguë des plus graves, et d'autant plus à redouter, que trois de ses parents avaient succombé précédemment à la même maladie et avec un appareil de symptômes qui n'offrait rien de plus formidable que le cas actuel. Le malade était plongé dans une alcôve, véritable étuve à 30 degrés, et enseveli sous une triple couche de plumeaux qu'il s'efforçait de repousser, mais que plusieurs individus lui maintenaient appliqués. Dans de semblables conditions, l'homme le mieux portant ne tarderait pas à périr asphyxié; aussi le pauvre malade était-il haletant, égaré, ruisselant de sueur et couvert d'une cuirasse d'éruptions vésiculeuses de toutes les formes et de tous les degrés; un pouls large, dur et vibrant, une chaleur brûlante, constataient l'énergie de l'excitation. Malgré la répugnance de la famille, on enleva tout cet appareil de couvertures, le malade fut maintenu dans une température modérée, les délayants furent administrés avec persévérance : en quelques jours le malade était hors de danger, au bout de la semaine il put être considéré comme convalescent. Quant à la miliaire chronique, en tant qu'affection invétérée, il est sans doute plus long, plus difficile et peut-être aussi plus dangereux de la guérir; mais les mêmes moyens, modifiés selon l'occurrence, ne lui sont pas moins applicables. Quant aux médications dites empiriques, dit M. Forget, dont l'efficacité serait constatée, rien n'empêche de les accueillir, surtout si elles sont innocentes et rationnelles au fond, comme le sont les frictions mercurielles portées jusqu'à salivation. Enfin, d'après les plus graves autorités, et d'après la propre expérience de M. Forget, la pathologie et la thérapeutique de la miliaire relèvent des principes qui régissent la pathologie et la thérapeutique des exanthèmes fébriles en général. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, mars 1844.)

PNEUMONIE (*De la*) *chez les enfants*. D'importants travaux ont été récemment publiés sur les maladies des enfants. Avec le contingent que nous avaient légué Rosen, Underwood, Boerhaave, Stoll, sur cette partie de la science, on peut dire que les recherches spéciales de MM. Bretonneau, Berton, Valleix, Barrier, Rilliet et Barthez, et de bien d'autres, la rendent une des plus riches et des plus complètes. C'est l'ensemble de toutes ces connaissances acquises que M. Trousseau a eu l'idée de résumer, et, en quelque sorte, d'exposer sous forme aphoristique, ne prenant de chaque auteur que ce qu'il croit juste et fondé, en ajoutant ses observations et ses recherches propres. Il n'a encore livré à la publicité que le chapitre de la pneumonie, dont nous allons extraire les propositions suivantes :

Chez l'enfant très-jeune, la pneumonie est lobulaire, et cela tient à une disposition inconnue. Avant l'âge de cinq ans, la pneumonie d'emblée, et sans catarrhe préalable, est fort rare. Cette maladie est d'autant plus fréquente que l'on se rapproche davantage du moment de la naissance. L'action du froid en est la cause la plus immédiate. Elle débute ordinairement par un catarrhe bronchique. Les affections chroniques de la peau y prédisposent particulièrement. Nous passons sous silence ce que M. Trousseau expose sur l'anatomie pathologique de cette affection, pour arriver aux signes et

symptômes. L'aspect des petits malades permet, dans un assez grand nombre de cas, de juger de l'existence de la pneumonie. Quand elle elle est fort aiguë, que l'enfant est vigoureux, naturellement bien coloré, la face peut ne présenter qu'une exagération de l'état normal; mais, dans ce cas même, une teinte violacée du visage, un peu de bouffissure, une saillie notable des yeux et un air d'anxiété se remarquent chez les enfants malades. Quand ils sont fort jeunes, ou qu'ils ont été affaiblis par des maladies antécédentes, par des émissions sanguines, la face est bouffie et très-pâle, et toujours anxieuse, les narines sont agitées de mouvements violents. La respiration abdominale a quelque chose de spécial : au moment de l'aspiration de l'air dans la poitrine, le bas du sternum et les côtes inférieures s'enfoncent en même temps, de manière à former un sillon circulaire d'autant plus profond que la dyspnée est plus forte et que les enfants sont plus maigres. L'expiration s'accompagne d'une saccade particulière. Quand l'air est entré dans la poitrine, l'enfant l'y retient un instant par l'occlusion de la glotte, comme au commencement d'un effort, et les forces expiratrices continuant d'agir, la résistance de la glotte est vaincue, et l'on entend alors un bruit sec qui s'accompagne d'une petite plainte. Le pouls est très-fréquent. Les signes sthétoscopiques et le diagnostic différentiel donnés par M. Trousseau ne nous semblent rien présenter qui ne soit décrit dans les bons ouvrages spéciaux. Voici ce qu'il dit quant au pronostic.

Chez les enfants nouveau-nés, la pneumonie est mortelle. Si l'enfant est malade depuis longtemps, la pneumonie est presque toujours fatale. Chez les enfants dont les éruptions dentaires sont tumultueuses, irrégulières, la maladie est très-sévère. De un à cinq ans, la pneumonie lobulaire simple, chez un enfant jusque-là bien portant, guérit le plus souvent. Un peu plus tard, et jusqu'à l'adolescence, la pneumonie simple n'est pas plus grave que chez l'adulte. La pneumonie est grave quand elle survient après l'angine striduleuse, après le croup, dans le cours d'une variole, d'une rougeole, d'une coqueluche. Elle est presque invariablement mortelle quand elle complique la scarlatine, les opérations chirurgicales, ou quand elle s'accompagne de convulsions permanentes. Si la pneumonie a duré plus de trois semaines avec des alternatives d'exacerbation et de rémission, craignez des tubercules; craignez-les encore si les signes de la pneumonie lobulaire persistent d'un seul côté. Si la lièvre persiste, les signes locaux étant presque entièrement dissipés et l'enfant continuant de tousser, jugez qu'il existe des tubercules dans les ganglions bronchiques et probablement dans les poumons. Quand la pneumonie dure depuis plusieurs semaines et même depuis plusieurs mois, qu'on entend du souffle, du gargouillement, qu'il y a de la matité, de la fièvre, il est difficile de ne pas croire à une pneumonie tuberculeuse; cependant, il vous arrivera, malheureusement trop rarement, de voir se rétablir assez vite des enfants qui offraient ainsi tous les signes physiques et rationnels de la phthisie pulmonaire, et qui, probablement, n'avaient eu que des pneumonies agrégées, des dilatations bronchiques, des abcès lobulaires du poumon et souvent des abcès ganglionnaires.

Quant au traitement, voici les principales opinions émises par M. Trousseau : la pneumonie des enfants sera traitée par les émissions sanguines, les évacuants, les révulsifs, les antimoniaux, le régime. Les émissions sanguines sont aussi bien indiquées chez les enfants à la mamelle que chez ceux qui sont plus rapprochés de l'adolescence. M. Trousseau pratique la phlébotomie, même pour les enfants de trois mois, et il dit en retirer un avantage immense. Il y revient une seconde fois, s'il est nécessaire. Si l'extrême embonpoint des petits malades empêche de voir ou de sentir les veines, il fait mettre aux genoux ou aux malléoles une ou plusieurs sangsues de chaque côté, et il laisse saigner les petites plaies pendant un temps variable, suivant la force du sujet, suivant la rapidité de l'écoulement du sang. Il exclut les ventouses à cause de la douleur qu'elles déterminent. Il n'applique jamais les sangsues sur la poitrine des très-jeunes enfants, parce qu'il devient quelquefois bien difficile d'en arrêter l'écoulement. Le tartre stibié, l'ipécacuanha, donnés comme vomitifs une fois, deux fois par jour, pendant la période la plus aiguë, se-

condent admirablement les saignées et semblent agir dans le même sens que celles-ci, et par la sédation du système nerveux qu'ils déterminent, et par les évacuations qu'ils provoquent L'émétique, le kermès, suivant la méthode rasorienne, l'oxyde blanc d'antimoine, rendent d'incontestables services; ils ne se placent toutefois qu'après les vomitifs. Mais le moyen le plus héroïque, celui que M. Trousseau place avant tous les autres, dans tous les cas de pneumonie, à toutes les périodes de la maladie, c'est le vésicatoire volant, qui, appliqué dans le dos, doit occuper une très-grande surface. Ce moyen employé dès le début peut, dans quelques cas heureux mais trop rares, faire avorter la maladie; au bout de quelques jours, quand l'épiderme s'est reformé et que la pneumonie n'est pas encore en voie de résolution, il faut y revenir de la même manière et avec la même énergie. (*Journal de médecine*, avril 1844.)

SCROFULES (*Traitement des, par les préparations de feuilles de noyer*). Dans les *Archives générales de médecine*, nos d'avril et de mai 1841, M. Négrier, professeur à l'école de médecine d'Angers, publia une série d'observations, desquelles il résultait que les préparations des feuilles de noyer, soit en tisane, soit en lotions extérieures, avaient des propriétés médicales toutes particulières dans le traitement des affections scrofuleuses. Ce médecin distingué faisait un appel à ses confrères, et les engageait à contrôler par leur propre expérience les succès qu'il annonçait avoir obtenus dans la voie nouvelle où il s'était engagé. Convaincu que c'est surtout quand il s'agit de maladies habituellement chroniques que l'on doit patiemment poursuivre ses expériences thérapeutiques, et savoir attendre du temps l'appréciation de leur valeur réelle, M. Négrier publie aujourd'hui un troisième mémoire qui a pour but, en premier lieu, de compléter l'histoire des sujets dont il a déjà parlé dans ses premiers travaux, et de montrer la solidité de leur guérison, qui depuis n'a pas été compromise. En second lieu, il publie une nouvelle liste de sujets traités depuis la publication de 1841.

1re Série.—Sous le titre d'*Engorgements strumeux non ulcérés*, M. Négrier rapportait dix faits; chez tous ses malades, la médication avait été favorable, surtout au point de vue général, les fonctions digestives s'étaient promptement rétablies; mais son action avait été plus lente à se faire sentir sur les symptômes locaux: aujourd'hui, M. Négrier nous apprend que sur ces dix malades, huit sont encore à Angers, et qu'ils sont parfaitement guéris; il ignore l'état des deux sujets absents.

2e Série.—*Ophthalmies scrofuleuses*. Trois guérisons sans rechute sur quatre malades; le quatrième est mort après la guérison de l'ophthalmie.

3e Série. — *Engorgements strumeux abcédés*. Vingt malades formaient cette série en 1841, les guérisons obtenues étaient au nombre de quatorze; le chiffre ne s'est point augmenté, plusieurs sont morts de phthisie pulmonaire: tous ceux qui n'ont pas succombé à la même maladie ou à toute autre sont actuellement guéris des scrofules.

4e Série.— *Gonflements et caries scrofuleuses des os*. Cette quatrième série se composait de dix-neuf faits; il y avait huit guérisons en 1841; deux des sujets qui n'étaient point encore guéris à cette époque le sont aujourd'hui, ce qui porte le nombre des guérisons à dix, celles de 1841 s'étant bien maintenues. Nous ne saurions donner à nos lecteurs une preuve plus éclatante de l'efficacité du traitement employé par M. Négrier, qu'en résumant ici l'observation suivante, une des plus remarquables sans contredit: — Maria Berthelmot, *véritable martyre* des scrofules, dit l'auteur, avait vu son état s'améliorer à ce point qu'elle avait pu marcher et venir à mon cabinet, après cinq mois de traitement, au mois d'août 1840; elle fut de nouveau atteinte l'hiver suivant. Son coude, dont la plaie n'avait pas cessé de couler, se gonfla beaucoup. Une ophthalmie intense la frappa de nouveau; la bouche s'entoura de plaies croûteuses : il se forma des abcès aux mollets, qui se firent jour par onze ouvertures; la cuisse gauche fut envahie par un vaste abcès. De tous ces accidents, combattus dans le courant de l'année 1841, il n'existait plus que quatre trajets fistuleux, deux à la cuisse, et deux au coude. A la suite de l'hiver 1842, le 20 mars, l'épine formait une saillie anguleuse à la douzième vertèbre dorsale. Il y avait

tuméfaction des chairs environnantes, douleur à la percussion la plus légère, de nouvelles plaies s'étaient encore ouvertes aux cuisses et au coude. Une fièvre hectique minait la malade; une toux fréquente et des crachats purulents complétaient ce triste tableau. Au mois d'avril le corps de la vertèbre parut complétement affaissé, un abcès par congestion se fit jour au flanc gauche. Le traitement par les feuilles de noyer fut repris avec activité, il consista surtout en bains multipliés de décoction de feuilles; le traitement interne ne fut pas moins actif. Le 8 août 1843, Maria B., dont les lombes font une saillie anguleuse de 3 à 4 centimètres, porte une plaie fistuleuse étroite qui communique avec la vertèbre cariée. A l'exception de cette plaie, qui fournit peu de matière, toutes les autres sont entièrement cicatrisées depuis trois mois. Le coude gauche déformé est complétement ankylosé; toutes les autres articulations sont mobiles. La malade marche seule depuis le mois de mai 1843, ce qu'elle n'avait pas fait depuis le mois de septembre 1840. Elle ne tousse plus depuis longtemps: la santé générale paraît bonne, l'appétit est considérable. C'est là sans doute un effet de médication fort remarquable: est-ce l'annonce d'une guérison complète? M. Négrier n'ose l'espérer, et nous le félicitons de sa réserve en pareil cas: ce qu'il y a de positif, c'est que le traitement suivi a très-notablement amélioré un état morbide qui entraîne fréquemment la mort. Or, de cette amélioration, dans une circonstance où on ne pouvait pas l'espérer en raison de la gravité des symptômes, qui étaient bien ceux de la période extrême de l'évolution tuberculeuse, ne serait-on pas en droit de conclure que pour les malades placés dans des conditions moins défavorables, la médication doit nécessairement être suivie d'un résultat plus satisfaisant encore? C'est ce que les observations nouvelles de M. Négrier tendent à établir, aussi bien que celles qui, plus anciennes, ont reçu du temps et d'une observation continue une sanction qui paraît irrévocable. En terminant, l'auteur se résume par les conclusions suivantes: 1° les affections scrofuleuses sont, en général, radicalement guéries par l'usage des préparations de feuilles de noyer; 2° l'action de cet agent thérapeutique est assez constante pour qu'on puisse compter sur la guérison des trois quarts des sujets traités par ce moyen; 3° l'action de ce traitement est généralement lente; il faut de vingt à cinquante jours, selon la nature des symptômes et la constitution des sujets, pour que les effets en soient sensibles; 4° les sujets guéris par les préparations de feuilles de noyer conservent presque tous la santé qu'ils ont obtenue sous l'influence de ce traitement; on voit peu de rechutes après ce traitement; 5° les effets produits par l'usage intérieur de l'extrait des feuilles de noyer sont d'abord généraux; l'influence de cette médication ne se manifeste que plus tard sur les symptômes locaux; 6° dans certaines formes de l'affection scrofuleuse, on n'observe qu'à la longue une action efficace de ce traitement; cette remarque est applicable surtout aux ganglions strumeux non ulcérés; 7° les préparations de feuilles de noyer exercent, au contraire, une action assez prompte sur les ulcères, les plaies fistuleuses, entretenues ou non par la carie des os, sauf chez les sujets d'un tempérament sec et nerveux; 8° jusqu'à ce jour, les ophthalmies scrofuleuses que j'ai observées ont été sûrement et plus rapidement guéries par ce traitement que par toute autre médication. (*Arch. gén. de méd.*, fév. 1844.)

TIC DOULOUREUX (*Aperçu sur la thérapeutique du*). Nous éprouvons quelques difficultés pour analyser ce travail de Charles Bell, traduit par M. Saurel. Il s'éloigne en effet beaucoup des habitudes scientifiques régulières et méthodiques des auteurs français; c'est moins un mémoire qu'une causerie avec tout son abandon et son décousu; aussi n'est-il pas aisé d'extraire de cet article les choses réellement neuves et pratiques qu'il contient, et ces choses même ne s'y trouvent, pour ainsi dire, qu'en germe et privées de développements convenables. Voici ce que nous avons pu recueillir de plus intéressant. C'est d'abord une observation de tic douloureux suivie d'autopsie et remarquable par l'absence de toute lésion locale. « Un homme se présenta à moi avec l'aspect le plus misérable, la tête enfoncée dans un bonnet de nuit, et enveloppé dans la flanelle qui cachait presque entièrement son visage pâle et dévasté par une douleur incessante. Ce malheureux me semblant

dévolu à la charité publique, je lui donnai une lettre et je l'engageai à entrer à l'hôpital. Il se montra très-reconnaissant, mais refusa, parce qu'il ne pouvait supporter la contrainte d'être continuellement couché dans un lit, et qu'il n'avait quelque soulagement qu'en travaillant sans relâche (il était charpentier). Son mal était un tic douloureux, de ceux qui se fixent au centre de la joue, et sont les plus terribles; il lui était venu avec la rapidité de la foudre. J'épuisai ma courte liste de remèdes, et cependant je le revis chez moi, non pas toutes les semaines, mais tous les jours, aussi à plaindre, aussi misérable. Excellent sujet d'étude pour le peintre qui aurait voulu représenter *le dernier homme*, l'homme qui a perdu tout espoir. — L'été dernier, étant à Londres et visitant l'hôpital, j'y retrouvai cet infortuné. Pendant quatre ans il avait été bien, et, tout récemment, il était venu demander du soulagement là où il en avait trouvé une première fois. Accablé par le mal, peut-être aussi par les remèdes, il est mort depuis. L'autopsie a été faite par M. Sharv, la personne de toutes en qui j'aurais le plus de confiance pour ce genre de recherches. Le nerf de la cinquième paire fut disséqué avec soin, les origines du nerf et le cerveau attentivement examinés, mais on ne découvrit rien d'extraordinaire ou de pathologique. On examina les viscères abdominaux, et il y avait ulcération de l'iléon. »

Les douleurs de la face présentent, d'après Ch. Bell, des distinctions importantes à faire d'après leurs causes. Le travail de la dentition, l'état pathologique des alvéoles et des gencives, une maladie dans le sinus maxillaire, amèneront une douleur à la face ayant de la ressemblance avec le tic: le trouble et l'irritation dans la partie profonde d'un nerf produiront cette douleur qui pourra être rapportée à ses branches les plus superficielles. Une maladie de l'os traversé par le nerf de la cinquième paire, ou une tumeur enveloppant celui-ci sur un point de son trajet, donneront naissance à une douleur que l'on pourra rapporter aux derniers filets du nerf ou à la partie qui les reçoit. Une maladie dans le nerf même produira des tourments horribles, rapportés à la partie dans laquelle se distribuent ses rameaux de terminaison. Dans le véritable tic douloureux il n'y a maladie ni du nerf, ni des parties environnantes.

Comme exemple des maladies de la première classe, Ch. Bell rapporte l'observation suivante. Un dentiste fixe de telle manière les dents fausses, qu'on ne peut les enlever régulièrement pour nettoyer les gencives. Celles-ci, n'étant plus soumises à la compression comme dans l'état ordinaire, deviennent fongueuses, s'enflamment et forment un bourrelet autour de la dent. L'auteur fut appelé auprès d'une dame chez laquelle il en était ainsi. Elle ne se plaignait pas de sa bouche, mais d'une douleur lancinante dans la joue et dans la tempe; elle se croyait atteinte du tic. Sa bouche était dans un état déplorable; les gencives étaient spongieuses, fongueuses, d'un aspect repoussant. Le remède se présentait de lui-même. et les souffrances disparurent aussitôt que dents et gencives eurent été remises dans l'état naturel, au moyen de l'usage bien simple d'une teinture de mirrhe et de camphre, et d'une brosse chargée de craie.

Le tic douloureux n'attaque pas les fonctions du nerf; dans l'intervalle des souffrances, les parties auxquelles il se rend ont toute leur sensibilité normale. Le nerf n'est pas idiopathiquement affecté; il est seulement influencé par une irritation éloignée. La douleur, tant qu'elle existe, est infiniment plus grande que celle qui est due à un état pathologique du nerf même ou des parties qui l'avoisinent et l'entourent; entre les paroxysmes, le calme est parfait. C'est cette dernière circonstance qui force l'auteur à chercher la cause de la douleur dans les organes éloignés. Pour Ch. Bell, la cause des douleurs névralgiques est dans une altération, une irritation quelconque des organes digestifs, et il laisse entrevoir cette idée, que l'intermittence de ces douleurs est précisément en rapport avec l'intermittence des fonctions digestives.

Ces considérations fort étendues, et dont nous ne présentons ici que la substance, conduisent l'auteur à parler de l'effet des purgatifs dans le traitement des douleurs nerveuses. Il est convaincu que le véritable tic, bien que fixé au loin dans les branches du nerf de la cinquième paire, est sous la dépendance du tube digestif. Il ne donne pas l'huile de croton-tiglium comme un spécifique du tic

douloureux, mais elle a produit, dit-il, des effets tellement remarquables, que l'on pourrait en conclure cette spécificité. La première fois qu'il la prescrivit, ce fut dans un cas extrêmement grave de douleurs à la joue; l'effet ayant été immédiat, le soulagement absolu et durable, il aurait été blâmable s'il n'avait eu recours au même moyen dans les cas semblables. Dans un très-grand nombre il a obtenu les mêmes résultats.

L'auteur recommande de ne pas donner de trop grandes quantités d'huile de croton. Il n'a jamais trouvé nécessaire d'en administrer plus d'un douzième de goutte en combinaison. (*Gazette méd. de Montpellier*, 15 mars 1844.)

TINTEMENT MÉTALLIQUE (*Recherches sur la cause du*). Laënnec, qui donnait avec tant de bonheur, à chaque son qu'il percevait, la valeur seméiologique qui lui était due, ne fut pas aussi heureux sur l'explication du phénomène physique. Il entendit le tintement métallique, le décrivit avec une exactitude de pathologiste, qui devrait éternellement servir de modèle; mais l'explication physiologique qu'il en donna ne put être acceptée. D'autres explications ont été tentées depuis, qui ne satisfont pas mieux les esprits sincères. Il est inutile de reproduire ici ce qui se trouve dans tous les ouvrages modernes. Voilà où en étaient les choses, lorsque M. Boutin, interne distingué des hôpitaux de Paris, se trouva avoir à sa disposition, dans le service de M. Andral, un malade très-favorable à ce genre d'observation, ce qui lui suscita l'idée de chercher à déterminer quelle était, de toutes ces théories, celle qui devait rester, cellesqui devaient tomber dans l'oubli. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'exposé de l'observation et des expériences qu'il a faites à ce sujet; disons seulement les conséquences auxquelles il est arrivé : le souffle amphorique est produit par la pénétration du gaz dans l'intérieur d'une cavité : il sera d'autant plus fort que la cavité sera plus grande, que le gaz pénétrera avec plus de force. Toutes les fois que la fistule s'ouvrira au-dessous du liquide, on percevra un gargouillement, qui pourra être argentin, si la cavité au-dessus est vaste, et que l'on doit distinguer cependant du vrai tintement métallique (ici le liquide dans la plèvre est absolument nécessaire). Le tintement métallique est produit par des bulles gazeuses enveloppées de mucus, formées dans les bronches, et venant creuser sur les bords de l'ouverture pleurale, ou très-près d'elle; le phénomène sera d'autant plus prononcé, que le liquide sera plus visqueux. Le souffle amphorique et le tintement métallique peuvent se produire dans le pneumo-thorax simple. (*Journ. de méd.*, mars 1844.)

TUMEURS ERECTILES (*Considérations sur le traitement des*). Pendant longtemps l'excision a été la méthode générale de traitement des tumeurs érectiles; aujourd'hui l'expérience, en sanctionnant l'efficacité de nouveaux procédés thérapeutiques, a rendu la première bien moins souvent applicable, ceux-ci donnant une guérison non moins assurée, et cela par des voies moins douloureuses pour les malades. Il importe donc au praticien de n'ignorer aucun de ces procédés opératoires, chacun pouvant, suivant les circonstances, être mis en usage de préférence à un autre : c'est ce qu'a fort bien compris M. Carron du Villards dans le travail que nous analysons, et pour lequel il a mis à contribution les faits de sa propre expérience conjointement avec les enseignements du passé. Il rappelle que la vaccination des tumeurs érectiles a été pour la première fois mise en usage par son père en 1812, et que lui-même, dès 1822, il l'employa avec succès pour guérir un nœvus du volume d'une lentille siégeant sur le sourcil d'un enfant de six semaines. Pour l'auteur, toutes les tumeurs érectiles de la face, quand elles naissent ou sont récemment nées, sont susceptibles de guérison, surtout lorsqu'on a la ressource de leur opposer le virus vaccin. Suivant le lieu où elles siégent, ces tumeurs exigent un mode de compression particulier pour lequel les agents ont été prévus. Occupent-elles le front, les tempes, les os du nez, des pommettes, rien n'est plus facile que de les comprimer avec l'instrument que J. L. Petit a imaginé pour guérir l'hydropisie du sac lacrymal. Quand la tumeur a son siége sur les os maxillaires supérieurs, on obtient le même résultat avec la machine inventée par M. Maunoir de Genève, pour rapprocher les os qui forment la fente congénitale du pa-

lais. Enfin, pour les nœvi des lèvres, on a recours à la pince de Bartisch. L'auteur revient ensuite sur une méthode qu'il a le premier fait connaître et que nos lecteurs trouveront dans le tome XII de notre journal, à la page 70. Cette méthode, que l'on pourrait appeler *par combustion*, consiste à traverser la tumeur dans son plus grand diamètre, à l'aide d'une ou de plusieurs grandes épingles, semblables à celles dont se servent les entomologistes; la longueur de ces épingles leur permet de se courber assez pour que leurs têtes se rapprochent l'une de l'autre et se fixent avec un petit nœud métallique. On approche des extrémités ainsi liées une petite bougie, on chauffe les épingles jusqu'à blanc, en ayant soin de mettre sur la tumeur quelques gouttes d'huile. La chaleur qui se transmet dans la tumeur est suffisante pour la cuire: elle se boursoufle, crépite et s'affaisse pour ne plus se relever; une suppuration active fait en quelques jours justice de la tumeur qui est exempte de toute récidive. Citons un fait rapporté par l'auteur.

Obs. Réné-Louis d'Hulerive, de Paris, âgé de neuf ans, portait depuis sa tendre enfance une tumeur érectile dans l'angle externe de l'œil. Cette tumeur n'avait jamais augmenté de volume jusqu'au moment où le jeune Louis fut atteint d'une scarlatine très-violente qui régnait épidémiquement à Paris.

Ayant été atteint de bronchite aiguë, avec toux convulsive et suffocation, la tumeur augmenta très-rapidement et alarma ses parents. Aussitôt la guérison de l'affection scarlatineuse, il me fut amené par le docteur Bernati, qui était le médecin ordinaire de la famille. Je crus pouvoir promettre une guérison radicale.

Comme je portais sur le doigt indicateur de la main gauche une verrue rebelle, j'enfonçai une épingle dans son centre et l'approchai de la bougie, en présence de l'enfant, et j'obtins immédiatement la chute de la tumeur; je lui proposai le même moyen, qui fut accepté pour le lendemain.

Trois épingles entomologiques furent introduites dans la tumeur, en présence de MM. les docteurs Bernati, Manuel Ribera et Delacour; je réunis leurs extrémités avec un fil d'argent bien recroui, j'approchai ma bougie; l'enfant, très-raisonnable, fut aussi très-courageux. La tumeur se boursoufla, elle se gerça, puis s'affaissa; en retirant les épingles, j'entraînai une partie du parenchyme de la tumeur; huit jours après tout était fini. Il arrive parfois que le mot de cautérisation effraye les parents des petits malades; on peut alors faire confectionner des épingles en or très-ductile, et l'on substitue à leurs têtes une petite éponge platinique de Dœbereiner. On emplit une vessie de porc, munie d'un robinet très-fin, de gaz hydrogène, et l'on dirige sur elle le gaz qui produit immédiatement une déflagration suffisante pour obtenir le résultat désiré. Une autre méthode, dont l'auteur est un chirurgien anglais, Lloyd, consiste à injecter dans la tumeur, au moyen d'une seringue d'Anel, un mélange d'acide sulfurique et d'alcool; c'est la méthode dite coagulante. M. Carron du Villards rapporte deux observations dans lesquelles elle lui a parfaitement réussi. Chez les deux malades les nœvi occupaient les paupières, et avaient la forme et le volume de grosses lentilles. Il perça la tumeur avec la seringue d'Anel armée d'un stylet perforateur qui rentre à volonté pour donner passage au liquide; il injecta la tumeur: dès la première fois, elle devint noire comme la cire à giberne, gommeuse et flétrie. Pendant trois jours elle resta dans cet état; le quatrième jour elle s'entoura d'un cercle inflammatoire recouvert de très-petites phlyctènes; le cinquième, elle se détacha en partie, et le reste se dessécha; au huitième jour la croûte tomba en entier, laissant sous elle une peau nouvelle, régénérée et rosée comme celle d'un vésicatoire cicatrisé, sans difformité ni perte de substance. Une autre méthode fort répandue en Allemagne, et qui est surtout applicable lorsque la tumeur érectile est plus étendue en largeur qu'en hauteur, consiste à appliquer à sa surface une poudre caustique, dite poudre de Pollau, du nom de l'inventeur. Cette poudre est un mélange de potasse caustique, de chaux, de marbre et de poudre de savon. M. Carron du Villards s'en servit une fois avec succès. Pour compléter cette revue thérapeutique il nous reste à rappeler la méthode par étranglement, attribuée à M. Gensoul de Lyon, mais appartenant réellement à sir Georges Bradie, qui l'a mise en

pratique dès 1809. Elle consiste à passer sous la tumeur des aiguilles courbes, armées de fils cirés, pour l'étrangler en différents sens. La chirurgie possède donc, comme on vient de le voir, un grand nombre de procédés opératoires qui doivent avoir la préférence sur l'extirpation des tumeurs érectiles, quand celles-ci siégent sur des parties qu'il importe de ménager, attendu qu'une perte de substance qu'elles subiraient nécessairement si on avait recours à l'instrument tranchant, pourrait consécutivement engendrer une difformité à laquelle il est souvent difficile de remédier; accident qui n'est pas à craindre par les autres moyens que nous venons d'énumérer. (*Ann. d'oculistique*, février 1844.)

VARIÉTÉS.

La loi sur les patentes a définitivement épuisé ses pérégrinations nombreuses; elle a enfin reçu la sanction définitive des deux Chambres, elle est décidément votée. La médecine est donc rentrée dans les conditions honorables des professions libérales, dont la triste loi de 1792 l'avait fait déchoir. Il a fallu cinquante ans de lutte et de récriminations pour obtenir ce résultat qui nous est acquis. Après l'honorable rapporteur de cette loi à la Chambre des députés, M. Vitet, qui avait traité la question d'une manière complète et supérieure, la reconnaissance du corps médical doit s'adresser aussi aux députés médecins qui siégent à la Chambre, MM. Bouillaud et Richond-des-Brus, qui ont soutenu l'exemption en faveur des médecins avec la plus grande et la plus fructueuse énergie.

— La loi nouvelle sur les brevets d'invention a aussi donné lieu, à la Chambre des députés, et même en dehors du parlement, à des discussions qui intéressent l'exercice de la pharmacie. D'après l'article 3 de cette loi, adoptée déjà par la Chambre des pairs, aucun brevet d'invention ne peut être pris pour des préparations pharmaceutiques et des remèdes spécifiques. Un des plus célèbres et des plus honorables pharmaciens de Paris, celui qui, avec Pelletier, a doté la thérapeutique de la plus importante invention des temps modernes, invention pour laquelle il refusa de s'abriter sous le privilége d'un brevet, M. Caventou, a adressé à ce sujet une brochure à la Chambre des députés pour revendiquer l'exercice du droit commun en faveur de la pharmacie. Certes, les intentions de M. Caventou ne pouvaient être suspectées. Celui qui pour lui-même, et pour une invention pareille à celle du sulfate de quinine, refusa les bénéfices du brevet, ne pouvait être soupçonné de vouloir favoriser l'industrialisme aux dépens de l'humanité. Mais il s'est ému de cette sorte de mise hors la loi infligée à toute une profession si honorable et si utile; il a craint que les inventeurs sérieux ne trouvassent plus la protection à laquelle ils ont droit, et, mû par les seuls intérêts de cette profession, qu'il a contribué à illustrer lui-même, il a fait connaître son opinion à la Chambre des députés.

Les graves et importantes considérations qui ont été présentées à l'encontre des idées de M. Caventou, les motifs sérieux et légitimes qu'on a fait valoir pour priver les préparations pharmaceutiques des bénéfices du brevet, les abus énormes et révoltants auxquels ces brevets ont donné lieu, devaient faire succomber les opinions de M. Caventou, qui ont succombé en effet. L'article 3 a été adopté après une discussion fort étendue, et à l'avenir nul brevet ne pourra être pris pour des préparations pharmaceutiques. Cette décision nous paraît utile et importante, autant pour les intérêts bien entendus et l'honorabilité de la pharmacie elle-même, que pour les intérêts de la société en général, qui avait besoin d'être prémunie contre les excès du charlatanisme.

— L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Dumas. M. Flourens, secrétaire perpétuel, a proclamé les prix à décerner dans le concours de 1842. Nous avons déjà fait connaître le nom des lauréats, ainsi que les récompenses qui leur ont été accordées pour ce qui concerne les sciences médicales. On sait que le prix de physiologie a été accordé à M. le docteur Laurent, que les prix de médecine et de chirurgie ont été décernés à MM. Stromeyer et Dieffenbach (6,000 fr.), à MM. Bourgery et Jacob (5,000 fr.), à M. Thibert (4,000 fr.), à M. Longet (3,000 fr.), à M. Valleix (2,000 fr.), et des mentions honorables à MM. Amussat, Serrurier, Rousseau et Philippe Boyer.

Les prix relatifs aux arts insalubres ont été décernés, savoir :

Le prix de 4,000 fr. à M. Martin, de Verviers, pour son procédé d'extraction de l'amidon des farines sans altération du gluten et sans fermentation putride.

— Un concours avait été ouvert par la Société royale d'agriculture de Caen sur cette question : « Serait-il utile aujourd'hui d'imposer aux « domestiques des livrets analogues à ceux des ouvriers? » Le prix, qui consistait en une médaille d'or de 400 francs, a été partagé entre M. le docteur Lepelletier, de la Sarthe, et M. Chesnel, avocat à Caen, qui tous deux ont résolu la question par l'affirmative.

— M. le docteur Gibert commencera son cours d'été, à l'hôpital Saint-Louis, sur les maladies de la peau, le mardi 14 mai à neuf heures du matin, et le continuera les mardis suivants. La visite des salles aura lieu à huit heures et demie.

— M. le docteur Duchesne-Duparc a commencé un nouveau cours de clinique sur les maladies de la peau, rue du Paon-Saint-André, n° 8.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'ŒIL SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE RÉGNANTE ET SON TRAITEMENT.

Paris a été depuis quelque temps le théâtre d'une multitude d'affections typhoïdes qui se sont présentées avec des formes et une gravité inaccoutumées. Cette espèce d'épidémie n'est pas encore entièrement éteinte, quoiqu'elle touche évidemment à son déclin. Elle a commencé vers le mois de janvier, à l'époque où se déclarent ici les maladies printanières, et elle expire en ce moment à l'époque aussi où l'on voit se terminer ordinairement les affections du printemps. Les hôpitaux et la ville ont fourni également leur contingent de malades; cependant la ville en a produit, à proportion, beaucoup moins que les hôpitaux. La quantité de fièvres typhoïdes a été si grande depuis le commencement d'avril surtout, qu'on a été forcé de créer dans plusieurs établissements des services supplémentaires, et que dans quelques-uns on ne voyait presque que des affections de ce genre. Ainsi dans les hôpitaux du centre, moitié au moins des malades portaient les traits de l'affection typhoïde. Des services extraordinaires ont dû être organisés à l'hôpital Saint-Louis et à la Salpêtrière; enfin à la Charité comme à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital Necker comme à la Pitié, à l'hôpital Saint-Antoine comme à Beaujon, MM. Rayer, Fouquier, Andral, Chomel, Bouillaud, Delaroque, Sandras, Piédagnel, Martin Solon, (il faudrait nommer tous les médecins), ont eu à traiter ce printemps beaucoup plus de fièvres typhoïdes qu'ils n'en ont eu dans leurs services pendant toute l'année. Nous savons bien, et nous nous hâtons de le dire, qu'aujourd'hui la plupart des praticiens de la capitale confondent toutes les affections fébriles sous la dénomination commune de fièvre typhoïde, comme ils les confondaient naguère sous le nom de gastro-entérite, et qu'il y a conséquemment beaucoup à rabattre de l'opinion qu'ils se sont formée de la fréquence actuelle de cette maladie; mais en tenant compte de l'engouement général pour la fièvre typhoïde, nous n'en sommes pas moins certain que cette espèce de fièvre a régné cette année beaucoup plus qu'à l'ordinaire.

Cette affection s'est offerte à peu près partout avec des symptômes uniformes; ses complications, sa marche, sa solution ont été aussi à peu près les mêmes. Nous voudrions pouvoir dire qu'elle a été également la même par ses résultats et par sa thérapeutique; mais les différences

en ce genre n'en sont pas moins fort instructives, puisqu'elles indiquent, toutes choses égales, les effets des divers traitements. Entrons dans les détails de ses phénomènes et des méthodes employées pour les combattre.

L'affection actuelle commençait en général par les symptômes d'une bronchite et d'un embarras gastro-intestinal. Ces deux ordres de symptômes, assez faciles à distinguer par l'analyse, accompagnaient ses diverses phases même lorsque quelque phénomène grave venait s'y joindre, ce qui est arrivé très-fréquemment. Les malades étaient affectés pendant plusieurs jours avant de prendre le lit d'une bronchite caractérisée par la toux, le mal de tête, avec courbature générale et des frissonnements perpétuels. A côté de ces symptômes on rencontrait presque toujours de l'anorexie, l'empâtement de la bouche, un certain embarras dans le ventre, avec de la constipation ou bien plusieurs selles liquides ; les forces étaient lésées dès cette époque, ce que les malades exprimaient et par l'air d'affaissement de la physionomie, et par un sentiment d'abattement. Ces symptômes initiaux duraient, avons-nous dit, plusieurs jours de suite. On les a surtout remarqués chez les malades en ville, car les malades des hôpitaux ne se rendaient dans ces établissements que lorsque l'affection avait contracté des caractères plus alarmants. Nous devons ajouter qu'une grande partie de la population parisienne a ressenti à ce degré les atteintes de la maladie : ce qui a fait croire un instant à l'existence d'une grippe. Cet ensemble de symptômes, premier degré de la maladie, et unique maladie du plus grand nombre des Parisiens, marchait presque toujours avec un certain degré d'émotion fébrile : le pouls était fréquent, petit, plutôt faible que résistant ; il augmentait de même que la fièvre à l'entrée de la nuit et rendait le sommeil nocturne troublé par des rêvasseries et par une agitation insolite. Rien de plus tenace que cet appareil symptomatique. Nous connaissons des sujets qui en ont été pris depuis déjà plusieurs mois ou plusieurs semaines, et qui continuent encore à s'en plaindre lorsqu'ils ont négligé les soins convenables. Ceux même qui ont obéi aux prescriptions de la médecine ont eu de la peine à se débarrasser de leurs angoisses, à recouvrer un appétit franc et à reprendre leur vigueur accoutumée.

Ce premier pas de l'affection régnante conduisait aux symptômes les plus graves : ici se présente une assez grande variété de symptômes. Quelques-uns, soit en ville, soit dans les hôpitaux, voyaient se déclarer inopinément un délire frénétique que les médecins localisateurs s'empressaient de qualifier de fièvre cérébrale, et qu'ils attaquaient en conséquence localement par les émissions sanguines et par les réfrigérants.

Ce délire, en effet, simulait parfaitement une inflammation essentielle des méninges : il était violent, continu, accompagné d'une extrême animation de la face, de soubresauts tendineux, d'une excessive irrégularité du pouls, de tous les signes, en un mot, d'une irritation des enveloppes cérébrales. Toutefois, à travers cette apparence symptomatique, la langue peu humide, sans être entièrement sèche, conservait une couche épaisse de matières saburrales, l'haleine était fétide, une teinte jaunâtre nuançait le pourtour des lèvres et les ailes du nez. Enfin, la coloration de la face reproduisait cette plaque couleur lie de vin, si bien signalée par Stoll comme un signe presque pathognomonique des affections bilieuses. D'autres renseignements puisés dans les circonstances anamnestiques apprenaient bientôt que les malades étaient tombés dans ce déplorable état à la suite de plusieurs jours d'une affection telle que nous l'avons décrite; en outre, en suivant attentivement les progrès de la frénésie, il n'était pas difficile d'y remarquer des phénomènes d'excacerbation et de rémission, comme il en survient dans les fièvres appelées anciennement rémittentes ou subintrantes. Ces lumières acquises et par l'observation de l'état actuel, et par la considération des précédents, révélaient aux praticiens qui ne sont pas entièrement absorbés par les suggestions de la médecine locale, la nature véritable de l'affection et les mettaient bientôt dans la meilleure voie pour conjurer, s'il en était temps encore, les dangers d'une situation toujours formidable. Nous compléterons la description abrégée de cette forme de l'affection régnante, en disant que beaucoup de malades ont succombé au bout de cinq ou six jours, soit en ville, soit dans les hôpitaux, aux progrès des symptômes précédents.

Chez d'autres sujets le mal ne marchait pas si rapidement. Après le préliminaires annoncés, la fièvre se mettait décidément de la partie : le ventre et la tête se prenaient, comme il arrive dans les affections typhoïdes, et les malades languissaient, entre un délire doux, des selles liquides et un épuisement graduel, pendant quarante, cinquante à soixante jours ou davantage, passant jusqu'à la mort par tous les symptômes si connus de la fièvre typhoïde ordinaire. Mais cet ordre de malades, très-différents en apparence de ceux que nous venons de dépeindre, conservaient néanmoins des traits frappants de similitude. L'un de ces traits consistait dans les symptômes de saburres bilieuses ou muqueuses, décélés à la fois et par la couleur de la peau, et par l'état de la langue, et par les troubles de la fonction digestive. La malheureuse manie de localiser les maladies ne nuisait pas moins ici que dans les formes précédentes. Les praticiens nourris dans les idées que la fièvre typhoïde se rattache exclusivement à une inflammation du gros in-

testin, et que cette inflammation mène directement à l'ulcération des intestins, s'escrimaient contre cette prétendue localisation inflammatoire, et perdaient de vue la nature véritable de l'affection : on devine les conséquences d'une pratique si étroite. La plupart de ces malades s'éteignaient entre leurs mains, leur laissant la triste satisfaction de constater, à l'ouverture du cadavre, les ravages d'une lésion qu'ils ont crue la cause de la maladie, quand elle n'en était qu'un effet, ou une complication, ou un simple accident. Les malades de cette espèce présentaient quelquefois des parotides sans que leur éruption indiquât autre chose que la gravité et la longévité de l'affection.

Entre les cas où la maladie marchait en peu de jours vers la catastrophe, et ceux où elle tendait à la mort par la voie la plus longue, se rencontraient un grand nombre de cas intermédiaires qui revêtaient une grande variété de formes rélatives à l'âge, au sexe, aux tempéraments, aux conditions de la vie et aux différences des traitements. On ne s'attend pas à nous voir passer en revue toutes ces variétés, toutes ces nuances ; d'ailleurs, ces descriptions seraient sans fruit, car elles rentrent toutes dans le même genre de maladie : essayons seulement d'analyser les circonstances si diverses de ce grand nombre d'états pathologiques, afin d'en extraire pour ainsi dire les caractères essentiels, les éléments primitifs. Un premier résultat frappe l'observateur lorsqu'il cherche à saisir les phénomènes similaires qui rattachent toutes ces variétés à une même famille pathologique : c'est la présence d'un principe catarrhal inhérent à toutes les espèces, à tous les cas individuels. Les médecins français s'inquiètent assez peu aujourd'hui de l'existence de ce principe, et pourtant il en est peu de plus communs, de plus répandus et de plus dignes de leur sollicitude. En effet, les affections catarrhales sont en permanence sous les climats tels que la France, ce qui s'explique pour peu qu'on réfléchisse à l'excessive variabilité de sa constitution atmosphérique. Aussi les trouve-t-on mêlées à toutes les maladies tant aiguës que chroniques, et la plupart des unes et des autres ne tiennent même en grande partie qu'à une affection de ce genre. L'on va souvent chercher bien loin l'origine de ces maladies, tandis qu'elle est sous nos yeux et sous notre main. Par exemple, d'où viennent nos affections rhumatismales si tenaces et si fréquentes? Qui engendre cette effrayante masse de phthisies pulmonaires qui déciment notre pays, et surtout les grandes villes? A quoi tiennent cette foule de névroses dont nous rencontrons à chaque pas des exemples? Quelle est la cause de nos bronchites si rebelles, des fluxions vagues ou fixes qui envahissent soit au dehors, soit au dedans, les principaux organes de l'économie? il n'en est pas certainement de plus ac-

tive, de plus puissante, de plus universelle que les vicissitudes atmosphériques, ces grands principes de perturbation non-seulement de la transpiration, mais encore de l'harmonie des autres fonctions; or, cette cause est précisément la source des affections catarrhales. Un principe catarrhal accompagne aussi manifestement les affections typhoïdes présentes; il ouvre la marche de ces affections, il se mêle à leur développement, il en complique les solutions critiques. Ce principe se revèle au début par un ensemble de symptômes qui ne peuvent échapper au médecin, quoique par les progrès de la maladie il se masque ou s'efface sous la forme d'une foule de localisations diverses.

Un second fait ne ressort pas moins évidemment du rapprochement des phénomènes de l'affection actuelle : c'est la complication du principe catarrhal avec un élément d'un autre genre ; nous voulons parler du principe des affections bilieuses ou muqueuses. Les grandes villes se prêtent beaucoup plus que les campagnes à la génération des affections de ce genre ; nous savons d'ailleurs que les affections catarrhales se combinent presque toujours avec une altération du système humoral, comme le démontrent les modifications qui surviennent alors dans les sécrétions de l'organe cutané et des membranes internes ; en outre, les affections bilieuses et muqueuses se produisent spontanément tous les étés et tous les automnes, jusqu'à ce que le froid de l'hiver les éteigne en les remplaçant par d'autres affections. Or, on sait que cet hiver le froid a été très-léger, qu'il a été au contraire extrêmement humide, en sorte qu'au lieu de réprimer les impressions pathologiques des saisons précédentes, il a plutôt augmenté ces impressions ; enfin, les symptômes de nos fièvres typhoïdes ont déposé fidèlement dans presque tous les cas d'une altération de la fonction des muqueuses et des fonctions de l'appareil de nutrition.

Un troisième état élémentaire s'est associé fréquemment aux deux états précédents : c'est une tendance périodique des symptômes à l'élément essentiel des fièvres intermittentes. Plusieurs malades ont manifesté cette tendance et offert dès le début les symptômes des fièvres intermittentes ; chez quelques autres, la scène pathologique s'est terminée par une de ces fièvres ; de plus il paraît, d'après des observations bien faites, qu'un certain nombre de malades dont l'affection a été promptement funeste auraient succombé à une véritable fièvre pernicieuse ; on l'a vu dans le service de M. Piédagnel à l'hôpital Saint-Antoine et dans d'autres hôpitaux. Quelques considérations graves militent en faveur de ces idées. Les fièvres typhoïdes ne s'accompagnent pas en général d'un délire frénétique, et puis leur marche n'est jamais aussi violente qu'on l'a rencontrée chez ces malades. Nous ajouterons

enfin que les fièvres intermittentes sont également un produit de la saison du printemps. Un dernier argument semble dissiper à cet égard toute incertitude : quelques-uns de ces malades, tombés dans le délire furieux, ont été guéris à l'aide du sulfate de quinine administré à temps et à des doses suffisantes.

L'histoire que nous venons de tracer à grands traits des fièvres typhoïdes régnantes indique leur nature et leur traitement. Cependant, nos praticiens ne leur ont pas opposé une méthode uniforme ; les uns se sont servis d'émissions sanguines, les autres de purgatifs ; ceux-ci ont fait de la médecine expectante, la plupart une médecine symptomatique ; le plus petit nombre a mis en usage les éméto-cathartiques suivis de purgatifs et couronnés par des toniques. Le résultat du traitement des médecins a varié comme le traitement même. A l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Sandras, qui est fort nombreux, car il ne compte pas moins de 250 lits, ce médecin a eu à traiter couramment de cinquante à soixante malades atteints de fièvres typhoïdes généralement graves ; il n'a point employé de méthode générale exclusive ; cependant, il a donné à presque tous les sujets, et d'une manière suivie, l'eau de Sedlitz à faible dose, à titre de laxatif. La mortalité de ce service a été de 1 sur 7. M. Sandras a fait une remarque que nous devons mentionner, soit comme renseignement diagnostique, soit comme renseignement thérapeutique. Un certain nombre de ses malades, qui ont succombé après vingt-quatre ou vingt-huit jours de maladie, offraient une parfaite cicatrisation de l'ulcération des glandes de Peyer : preuve que l'ulcération de ces glandes n'est pas la cause de la mort, et que l'emploi des purgatifs est loin d'aggraver cette lésion. Les résultats obtenus par M. Delaroque à l'hôpital Necker sont beaucoup plus satisfaisants ; l'épidémie s'est montrée dans ce service dès le mois de janvier. Du mois de janvier jusqu'au mois d'avril, M. Delaroque a traité environ une soixantaine de fièvres régnantes. Sur ce nombre, il en a perdu un en janvier (ce malade est arrivé dans la salle au vingt-sixième jour de sa maladie, et dans un état désespéré) ; un en février, un en mars et 0 en avril. Le traitement suivi par ce médecin s'est composé uniquement de l'emploi des éméto-cathartiques au début, puis ensuite des purgatifs (généralement l'eau de Sedlitz), répétés jusqu'à la fin de la maladie, et plus tard de l'administration de légers toniques. On est frappé du succès de cette méthode thérapeutique, qui n'a produit dans cette épidémie qu'un décès sur vingt, et même qu'un sur trente, si l'on élimine, comme on le doit, le cas de mort du mois de janvier.

En effet, telle doit être en général, d'après les principes exposés ici,

la méthode générale de traitement de la fièvre typhoïde régnante. Les éméto-cathartiques remplissent deux indications fondamentales : ils évacuent les matières saburrales qui engorgent l'appareil digestif, et ils décentralisent les mouvements fluxionnaires vicieusement dirigés vers les membranes muqueuses. L'emploi des purgatifs prévient le retour de l'accumulation des matières saburrales, que le mouvement fébrile entraîne nécessairement dans les voies gastriques, et les toniques interviennent à propos pour la cessation de la fièvre, pour rétablir l'activité de ces organes et rappeler l'équilibre dans le système des forces. Mais de quelque manière qu'on veuille expliquer l'action de la méthode du médecin de l'hôpital Necker, il est certain qu'elle est d'accord avec les principes thérapeutiques proclamés par les meilleurs praticiens de tous les temps et de tous les lieux. Nous avons dit que telle devait être en général la pratique à suivre dans le traitement des fièvres typhoïdes actuelles; nous devrions dire que c'est la meilleure méthode dans l'immense majorité des cas de fièvres typhoïdes, en ayant soin de lui faire subir les modifications requises par la diversité des malades, des circonstances et des accidents. Il ne saurait y avoir néanmoins de thérapeutique exclusive pour cette affection. Le traitement de la fièvre typhoïde ne s'accommodera jamais d'une routine aveugle ni d'une pratique empirique. Il s'agit ici, comme dans presque toutes les maladies, de remonter par une analyse sévère jusqu'à ses principes constitutifs, et de lui adresser la méthode et les agents que l'expérience séculaire et les hautes notabilités de tous les âges ont reconnues les plus souveraines et les plus promptes.

DU CATARRHE PULMONAIRE CHEZ LES VIEILLARDS, ET DE SON TRAITEMENT.

Que le catarrhe pulmonaire se montre d'une manière sporadique, et qu'à son point de départ il ne constitue qu'une simple bronchite; ou que résultat d'une influence épidémique qui agit à la fois sur un certain nombre de muqueuses, il constitue la fièvre catarrhale proprement dite, il n'en est pas moins incontestable que, lorsqu'il se développe dans la vieillesse, il revêt une forme spéciale, donne lieu à un certain nombre d'accidents qu'on n'observe pas ordinairement à une autre époque de la vie, et qu'il commande, dans un certain nombre de cas, une thérapeutique particulière. Lorsqu'on cherche à se rendre compte de quelques-uns des symptômes qui apparaissent exceptionnellement dans les conditions que nous examinons en ce moment, on trouve que l'emphysème dont sont atteints un grand nombre de vieillards, et un défaut de réaction de la part des

organes souffrants comme de l'économie tout entière, en sont évidemment la cause principale. Ce défaut de réaction ne tend pas seulement à imprimer un cachet particulier à la maladie, lorsqu'elle est arrivée à sa seconde période, la période de coction ; dès son début le mal revêt une forme spéciale. Pendant que la bronchite, au même degré, avec la même étendue, détermine, à un âge moins avancé, une toux plus ou moins fréquente, un fièvre plus ou moins vive, chez le vieillard cette réaction tant locale que générale est beaucoup moins prononcée. Non-seulement le cœur ne s'associe que d'une manière faible à la souffrance de l'appareil que la maladie vient de frapper, mais la muqueuse elle-même, qui est le siége propre de l'affection, ne réagit qu'incomplétement contre le stimulus morbide. Telle est la différence de la physionomie que la maladie présente dans les deux cas dont il s'agit, que les praticiens, quelles que soient d'ailleurs les théories qui les guident dans l'interprétation des faits, n'hésitent point à lui appliquer une dénomination particulière, suivant les cas où ils l'observent; ce qui, chez les jeunes gens, est une simple bronchite, devient un catarrhe chez les vieillards. Sans prétendre que la science soit exprimée d'une manière rigoureuse par ces appellations du langage ordinaire de la pratique, il est permis, sans se compromettre, d'affirmer qu'une idée vraie, résultat d'une expérience plus forte que les théories elles-mêmes, se trouve sous ces dénominations qui, toujours proscrites, reparaissent toujours. Les différences que ces distinctions consacrent échappent peut-être à une interprétation sévèrement scientifique des faits pathologiques, mais elles établissent la spécialité des formes en même temps qu'elles expriment des indications spéciales que la thérapeutique doit s'efforcer de remplir, et cela suffit pour les conserver dans la terminologie de l'art.

Lorsque, comme cela arrive souvent, un emphysème plus ou moins étendu complique l'affection des bronches chez les vieillards, le caractère particulier que cette complication tend surtout à imprimer à la maladie, c'est une difficulté plus ou moins grande de la respiration. Il semblerait que c'est principalement quand le catarrhe arrive à la seconde période de son développement, que ce symptôme devrait se produire sous une forme plus grave. A cette période, en effet, une sécrétion plus ou moins abondante a lieu à la surface des bronches, et ce liquide morbide semblerait par sa présence devoir apporter un nouvel obstacle à la circulation libre du fluide atmosphérique dans l'appareil pulmonaire. Il en est bien incontestablement ainsi dans quelques cas; mais l'observation démontre que c'est principalement au début ou au moins avant la période d'élimination que la dyspnée se montre le plus intense. Il nous paraît difficile d'expliquer ce fait autrement qu'en supposant que tant

que l'irritation catarrhale ne modifie que la vitalité des tissus qu'elle frappe, sans avoir encore déterminé aucun changement dans les sécrétions normales dont ces tissus sont le siége, ils sont dans un état d'éréthisme, de turgescence morbide, qui devient un obstacle plus réel à l'arrivée de l'air dans les vésicules pulmonaires, que la présence à la surface des tuyaux bronchiques de mucosités mobiles, et dont le moindre déplacement suffit à rendre possible le passage du fluide atmosphérique. C'est du moins ainsi que nous pensons que l'on doit se rendre compte du fait tant que la maladie ne dépasse point les limites des grosses bronches; car s'il s'agissait d'une bronchite capillaire telle que M. le docteur Fauvel vient de la décrire dans le second volume des *Mémoires de la Société d'observation*, il est évident que c'est surtout à la présence des mucosités dans les extrémités capillaires des bronches, que les phénomènes dyspnéiques doivent être attribués; aussi bien, ainsi que cet observateur distingué le fait remarquer, est-ce surtout dans la seconde période de la maladie que ces phénomènes apparaissent avec le plus de gravité, et ils justifient, au point de vue de la symptomatologie au moins, la dénomination de catarrhe suffocant donnée par quelques auteurs à cette forme de la bronchite.

Nous nous bornerons à ces quelques réflexions générales, et passerons immédiatement à la question du traitement, qui est l'objet principal de cet article.

Il est fort rare, suivant nous, de rencontrer dans les cas de catarrhe pulmonaire une indication positive à des émissions sanguines, lorsque cette maladie s'observe chez les vieillards. Il est d'autant plus important de se bien pénétrer de ce précepte, que tous les grands praticiens se sont tour à tour efforcés d'établir que les phénomènes déterminés par les difficultés que le sang éprouve, soit à cause de l'emphysème, soit à cause de la présence des mucosités dans les bronches, à se mettre en contact avec le fluide atmosphérique, peuvent en imposer dans quelques cas pour une pléthore réelle ou une réaction inflammatoire justifiant l'emploi de la saignée. Non-seulement ce moyen n'aurait aucune espèce d'influence sur un ordre de phénomènes qui tous doivent être rattachés à la cause que nous venons de signaler; mais, épuisant les forces des malades, il aurait le grave inconvénient de devenir un obstacle réel à l'expulsion des mucosités qui, durant la seconde période de la maladie, se formeront en plus ou moins grande quantité à la surface des bronches. Nous avons dit que dans le catarrhe pulmonaire simple, compliqué de l'emphysème simple, c'est surtout au début de la bronchite que la suffocation se montre assez souvent la plus intense; nous avons ajouté que c'est à un état d'éréthisme des bronches que cette suffocation devait

être attribuée : comme cette assertion pourrait tout d'abord paraître un peu étrange, nous allons de suite essayer de la justifier, en rapportant avec quelques détails un fait d'ailleurs fort remarquable sous plusieurs rapports.

Mme de D..., âgée de soixante-dix-neuf ans, et atteinte depuis longues années déjà d'un emphysème pulmonaire qui rend habituellement la respiration difficile, a été prise dans les premiers jours du mois de février dernier d'un rhume qui de suite augmenta considérablement la gêne habituelle de la respiration. La poitrine, auscultée, ne fait entendre que quelques râles sonores; la respiration est faible, et l'on entend dans beaucoup de points un souffle, une expiration prolongée; en percutant la même cavité, on obtient une sonorité plus grande que dans l'état normal, mais surtout à droite et en arrière. La toux, peu fréquente, est extrêmement pénible, parce qu'elle donne constamment lieu à une aggravation notable de la dyspnée. Le pouls ne donne que 75 à 80 pulsations; mais il est plein, raide. La malade se plaint d'une céphalalgie assez intense; la face est congestionnée. Du reste peu d'appétit, constipation qu'on ne fait cesser que par des lavements laxatifs tels que la malade en prend souvent, et qui consistent en un mélange d'eau, de son, et de deux ou trois cuillerées de mélasse.

Mme de D..., toute sa vie, a été forcée de recourir fréquemment à l'usage de la saignée pour lutter contre des fluxions sanguines incessantes vers le cerveau. Depuis plusieurs années ces saignées sont éloignées, mais elle est forcée de recourir à une application de sangsues aux vaisseaux hémorrhoïdaux, au moins deux ou trois fois par an. Il nous sembla que dans cette circonstance ce mouvement fluxionnaire compliquait le catarrhe que nous avions sous les yeux, et nous prescrivîmes tout d'abord quelques sangsues, qui en effet diminuèrent la céphalalgie, mais n'exercèrent absolument aucune influence sur la respiration, qui resta toujours extrêmement gênée. Nous essayâmes d'abord, pour combattre cet accident, de recourir à un moyen que nous avions vu déjà réussir d'une manière merveilleuse dans les mains de M. Récamier, c'est à savoir, une potion gommeuse additionnée de cinq centigrammes de belladone. Cet agent avait, chez cette même malade, mis fin rapidement à un étouffement extrême. Cette fois il échoua complétement. C'est alors que nous recourûmes à l'inspiration de l'éther sulfurique; quel que fût le degré de la suffocation, ce moyen a constamment et rapidement fait cesser cet accident. Après avoir ainsi duré quinze jours environ, et avoir cédé pour un temps plus ou moins long aux inspirations éthérées, il a fini par disparaître complétement, et le catarrhe, réduit à sa simplicité, a parcouru ses phases ordinaires.

On ne saurait admettre, pour expliquer dans ce cas l'influence heureuse de l'éther, que l'étouffement était l'expression symptomatique d'un simple spasme nerveux, tel qu'il existe dans l'asthme essentiel des auteurs : la nature de l'expectoration qui s'est manifestée au déclin de la maladie est en opposition formelle avec cette étiologie. Il est impossible de voir dans cet ensemble d'accidents, dans l'enchaînement des phénomènes observés, autre chose qu'un catharre pulmonaire, auquel les conditions spéciales dans lesquelles il s'est manifesté ont imprimé un caractère particulier. Quelle que soit, du reste, l'interprétation à laquelle on croie devoir s'arrêter, le fait n'en est pas moins positif, et pour qui a observé la dyspnée extrême qu'on voit parfois survenir en de semblables conditions, il ne saurait être douteux que la plus pressante indication, en pareil cas, est de mettre fin à ce symptôme pénible, et qui en même temps peut devenir dangereux par le trouble qu'il apporte à une des fonctions les plus importantes de la vie.

Nous avons observé un fait analogue à celui que nous venons de rapporter, et dans lequel une dyspnée extrême au début de la maladie se montrait comme le phénomène prédominant : nous avons également combattu ces accidents par des inspirations éthérées, et en avons obtenu le même succès. Dernièrement, nous avons voulu recourir au même moyen chez une petite fille de quatre mois, et qui était atteinte tout à la fois d'une bronchite intense et d'une entérite légère ; mais, soit que l'on n'ait pas suffisamment insisté sur l'emploi de ces agents, soit qu'à cet âge ce phénomène se lie à des conditions d'innervation différente, il ne nous a pas semblé qu'il ait exercé la moindre influence (1).

Mais si les émissions sanguines n'ont qu'une influence très-douteuse sur les accidents que nous venons d'examiner, et en général sur la première période du catarrhe pulmonaire, tel qu'on l'observe chez les vieillards, elles ont une influence évidemment nuisible sur les accidents de la seconde période de la même maladie. Alors même que l'affection ne résiderait que dans les grosses bronches, les mucosités deviennent un obstacle réel au jeu de la respiration, et il est très-important de ne point priver les malades, par une soustraction de sang intempestive, des forces dont ils ont besoin pour se débarrasser de ce liquide anormal. Laennec, envisageant cette question avec cette sagacité pratique qu'il apportait dans tous ses travaux scientifiques, recommande, avec juste raison, une très

(1) Nous observons également en passant que plus d'une fois l'éther nous a été d'un grand secours dans la dyspnée des phthisiques; mais comme ce moyen finit ordinairement par perdre toute influence, et qu'il s'agit ici d'une maladie longue, nous recommandons aux malades de n'en user que quand l'étouffement devient intense.

grande circonspection dans l'emploi de ce moyen. « La saignée favorise l'absorption, dit-il, et diminue au moins momentanément la plupart des sécrétions et des exhalations. Sous ces rapports, elle peut être utile ; mais si l'on en abuse, il est à craindre qu'elle n'affaiblisse assez le malade, non-seulement pour empêcher l'expectoration, mais même pour que les muscles inspirateurs ne puissent plus suffire aux mouvements énergiques nécessités par l'embarras des bronches (1). » M. Laennec, commentant ce passage avec les idées de l'école physiologique, s'élève contre cette pratique, qu'il croit dangereuse; M. le professeur Andral, à son tour, commentant ce commentaire, en revient aux idées de l'immortel inventeur de l'auscultation, parce que c'est là, en effet, que l'on arrive forcément quand on observe les faits sans préoccupation. « Non, dit cet auteur, ce n'est pas seulement parce qu'une partie est rouge, tuméfiée, ou que ses sécrétions sont altérées, que se présente l'indication des émissions sanguines; car cet état anatomique n'est pas toujours la traduction de lésions de même nature, et il y a tel cas où, pour le faire disparaître, le quinquina vaut mieux qu'une soustraction de sang (2). » Le fait suivant, que nous allons esquisser rapidement, va nous montrer combien sont judicieux les préceptes que nous venons de rappeler.

M. Lacroix, âgé de soixante-dix-huit ans, est depuis longues années sujet à des battements de cœur, qui paraissent se lier à une hypertrophie simple de cet organe. Grand mangeur, il devient nécessaire de lui faire perdre chaque année une certaine quantité de sang pour mettre fin à un état pléthorique sous l'influence duquel les mouvements du cœur sont gênés et ce viscère ne se débarrasse que difficilement du sang qui le surcharge. Il est pris d'un catarrhe intense dans les derniers temps de sa vie; dans le double but de dégager tout à la fois la circulation et la respiration, une saignée assez abondante est pratiquée, des sangsues sont appliquées à la partie inférieure de l'intestin. Il en résulte un affaissement notable : tout à coup l'expectoration cesse, bien que des râles nombreux décèlent la présence d'une grande quantité de mucosités dans les bronches : la respiration devient haletante, la figure se décompose rapidement; c'est en vain que 10 centigrammes d'émétique sont administrés dans la vue de provoquer l'expectoration par le secours des vomissements; de minute en minute la respiration s'embarrasse davantage, le pouls s'éteint, et le malade succombe dans une véritable asphyxie.

On a rapporté, dans ces derniers temps, des faits analogues à celui que nous venons de citer, on a cherché à se rendre compte de la rapidité

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, etc., 4e édit., tome 1er, 246.
(2) *Traité de l'auscultation* etc. tome 1er, 247.

de la mort par la production d'une sorte d'emphysème aigu : nous croyons que, dans l'état actuel de la science, cette question n'a point encore été suffisamment étudiée. Il est rigoureusement possible, dans ce cas, que sous l'influence d'une dyspnée extrême, une certaine quantité d'air se soit extravasée dans le parenchyme pulmonaire, et que cette circonstance ait ajouté encore à la suffocation ; mais il nous paraît difficile de ne pas reconnaître, en appréciant les symptômes, et en suivant la marche de la maladie, que c'est surtout l'accumulation du liquide morbide dans les bronches qui a barré le passage de l'air et amené l'asphyxie à laquelle le malade a rapidement succombé. Les émissions sanguines, que l'état de la circulation indiquait peut-être, ont été poussées trop loin, elles ont dépassé les limites dans lesquelles il eût fallu se restreindre afin de laisser à l'organisme les forces qui lui étaient nécessaires pour débarrasser la poitrine de l'obstacle matériel qui empêchait le libre passage de l'air à travers le parenchyme pulmonaire. La plus grande difficulté de la pratique d'une science telle que la médecine n'est pas de saisir telle ou telle indication, mais bien de renfermer la thérapeutique dans les bornes d'une sage circonspection. Là est le génie de l'art, là est le coup d'œil médical, la véritable inspiration.

Parmi les moyens les plus propres à combattre le catarrhe pulmonaire parvenu à la seconde période chez les vieillards, il faut compter, sans aucun doute, les vomitifs : lorsque l'état de l'estomac ne les contr'indique point d'une manière formelle, on ne saurait guère se dispenser d'y recourir, surtout lorsque la maladie s'accompagne d'une dyspnée un peu intense; c'est la méthode sur laquelle on peut fonder le plus d'espérance dans le catarrhe suffocant proprement dit, ou la bronchite capillaire ; c'est aussi celle qui est le plus souvent applicable au catarrhe pulmonaire simple des vieillards, qui s'accompagne presque constamment d'une dyspnée plus ou moins considérable. Un moyen que nous recommandons également dans ce cas, parce qu'il jouit d'une efficacité réelle, ce sont les eaux sulfureuses, les eaux de Bonnes ou d'Enghien. Nous avons vu M. Rayer, à la Charité, en obtenir un incontestable avantage dans les conditions que nous examinons en ce moment ; nous avons, à l'exemple de ce médecin distingué, recouru plusieurs fois à l'usage de ce moyen ; nous nous en sommes réellement si bien trouvé, que nous n'hésitons pas à affirmer que ces eaux, les eaux de Bonnes surtout, prises à l'intérieur, doivent entrer dans le traitement méthodique du catarrhe pulmonaire des vieillards.

Nous bornerons ici ces quelques réflexions : nous n'avons point prétendu tracer, dans son ensemble, le traitement général du catarrhe pulmonaire ; nous nous sommes proposé seulement de considérer celui-

ci dans l'une des conditions au milieu desquelles il peut apparaître, et de signaler les moyens thérapeutiques qui deviennent alors plus spécialement applicables : c'est principalement lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi fréquente que celle dont nous venons de nous entretenir, que cette sorte d'éclectisme thérapeutique a une incontestable utilité pour diriger les médecins dans la voie difficile de la pratique. M. S.

DE L'ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Aujourd'hui qu'on est bien revenu des avantages trop vantés de quelques médications modernes dans le rhumatisme articulaire aigu, je crois qu'il y a opportunité de parler d'une autre méthode inventée il y a vingt ans et plus par Rasori, et encore mal appréciée et surtout peu appliquée, malgré les travaux de Thomasini, de Laennec et de plusieurs autres praticiens dont les noms ne nous reviennent pas.

En écrivant ces mots, *mal appréciée*, je ne peux pas ne pas me rappeler qu'un professeur de clinique à la Faculté a dit dans ses leçons orales, et a permis qu'on imprimât comme étant son opinion, que l'action curative du tartre stibié dans le traitement de la pleuropneumonie était *toute mécanique*, qu'elle était le résultat des efforts du vomissement, oubliant que cette action curative se manifestait surtout quand il n'y avait aucune évacuation ni par en haut ni par en bas, circonstance qui n'est pas moins contraire à ceux qui prétendent que cette action est révulsive. Disons-le toutefois, quand il existe un embarras des premières ou des dernières voies, l'action évacuante du tartre stibié se manifeste, et, à moins de la coexistence d'un état inflammatoire, elle devient favorable. Malgré ce dernier mode d'action, dont nous avons reconnu les avantages, le tartre stibié a, dans tous les cas dont il est ici question, une façon d'agir toute spéciale, et dont il est encore difficile de bien établir la théorie, si l'on ne veut point adopter aveuglément les idées systématiques de Rasori et de Thomasini.

C'est dans le traitement de la pleuropneumonie qu'on a fait les applications les plus fréquentes de la méthode du professeur italien, mais elles ont été rares pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et c'est peut-être (du moins telle est ma manière de voir) la maladie qu'il faudrait le plus fréquemment combattre par cette méthode. En effet, dans le traitement de la pleuropneumonie, après la saignée générale, ou alors que cette ressource est usée (et, quoi qu'on en dise, pour un grand nombre d'individus elle s'use vite), on a encore la saignée locale,

qui offre d'immenses avantages, surtout quand on emploie, à l'exemple de M. le professeur Bouillaud, les ventouses scarifiées. Mais comment y avoir recours pour le rhumatisme, pour cette maladie qui se déplace si facilement ; qui, en moins de quelques heures, quitte une articulation pour se porter sur une autre, les quitte toutes pour envahir les méninges, les plèvres, le péricarde ou la séreuse qui tapisse les cavités du cœur ? Si donc on ne saurait combattre cette maladie, dont le peu de mots qui précèdent résument si bien tous les dangers, par des moyens locaux ; s'il faut avoir nécessairement recours à des modificateurs généraux ; s'il est incontestable que la saignée, malgré tous ses avantages, a ses inconvénients, ses dangers, dont un des moindres est une convalescence interminable, pourquoi ne pas faire une application plus fréquente d'une méthode qui, convenablement appliquée, donne souvent de si heureux résultats ? Mais comment n'en serait-il point ainsi, quand on voit les chefs de service, dans les hôpitaux, n'en parler qu'avec une extrême réserve, ne la mettre en usage que dans des cas fort rares (1), et lorsqu'il leur serait impossible d'avoir recours aux émissions sanguines ? Quant à moi, sans repousser, comme on le pense bien, l'emploi de la saignée générale, je serai toujours disposé à donner, pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu, la préférence à l'émétique, en faisant exception toutefois, et rigoureusement, pour tous les cas où les voies digestives ne seraient pas dans les meilleures conditions. Je désire que les observations qui vont suivre fassent partager mes convictions à quelques-uns des nombreux lecteurs de ce journal.

Obs. I. Madame L..., âgée de quarante ans au moins, d'une excellente constitution, d'un tempérament sanguin, parfaitement réglée, et jouissant le plus habituellement de la plus brillante santé, éprouva un peu de refroidissement le 10 mars 1839 ; le lendemain elle toussa légèrement, et, appelé près d'elle, je crus dans le premier moment n'avoir affaire qu'à une fièvre catarrhale peu intense. Le surlendemain la maladie prit un autre aspect : la toux continuait, mais en même temps madame L... ressentit des douleurs assez vives dans les deux coudes qui, le 12, étaient légèrement rouges et tuméfiés. Cependant la fièvre était peu intense et la maladie, dans les premiers moments, restait stationnaire ; il est vrai que madame L... jouissait d'une grande aisance, ce qui lui permettait de s'entourer de toutes les conditions hygiéniques les plus favorables. Cependant le 25, après une menstruation moins abondante que de coutume, l'inflammation gagna les poignets, et le

(1) Ces mots ne sauraient s'appliquer à M. Louis, qui, combattant dans une des dernières séances (14 mai 1844) de l'Académie de médecine, les opinions de M. Rochoux, a déclaré qu'il a eu occasion d'observer 18 à 20 cas de pneumonies graves réfractaires aux émissions sanguines, et 16 fois il a guéri par l'émétique à haute dose. « C'est une méthode, a-t-il ajouté, des plus précieuses et dont la pratique ne peut plus se passer aujourd'hui. »

26 et le 27 elle envahit successivement les genoux et les articulations du cou-de-pied. Jusqu'alors, à cause de l'indocilité de la malade, peu habituée à cette manière d'être, mais encore plus à cause de l'époque attendue, je n'avais guère fait que de la médecine expectante, m'étant borné jusqu'au 25 à une diète relative, aux boissons émollientes bues chaudes et à l'usage de pilules calmantes avec l'extrait d'aconit napel joint à la masse pilulaire de cynoglosse. Ces pilules étaient rendues nécessaires par le peu de sommeil que goûtait la malade et que troublaient de plus en plus les douleurs rhumatismales. Le 28, il fallut bien changer d'allure : la nuit avait été tout entière sans sommeil, les douleurs étaient telles que la malade ne pouvait faire le moindre mouvement sans pousser des cris lamentables ; et en effet, toutes les articulations, excepté celles de la cuisse avec le bassin et celles de l'épaule, qui encore étaient légèrement prises, étaient très-rouges, tuméfiées et excitaient la plus vive douleur à la moindre pression. De plus, il était survenu une céphalalgie assez vive pour faire craindre le développement d'une méningite, et quelques battements tumultueux du cœur devaient faire redouter un transport du principe rhumatique sur cet organe ou sur son enveloppe. Ai-je besoin d'ajouter que cet ensemble de symptômes s'accompagnait d'une fièvre assez forte (116 à 120 puls.)? Immédiatement je pratiquai une forte saignée (de 500 grammes au moins) et fis insister sur la diète, recommandée dès le 25.

Le 29 au matin, je trouvai la malade mieux, en ce sens qu'il n'y avait plus de douleurs de tête et que les contractions du cœur se faisaient avec la plus grande régularité ; du reste tous les autres symptômes persistaient aussi intenses. Le sang de la saignée offrait un caillot très-épais, très-consistant et recouvert d'une forte couenne inflammatoire. Toutes les circonstances indiquaient l'opportunité d'une seconde saignée, mais la malade s'y refusant, je songeai immédiatement au tartre stibié et j'en prescrivis (sans en rien dire) 30 centigrammes dans une potion de 150 grammes (120 gr. d'eau distillée de tilleul étendue de moitié d'eau et 30 gr. de sirop de pavots blancs) à prendre par cuillerées à bouche, d'heure en heure. — Le 30, même état : même potion, mais avec 45 centigr. de tartre stibié. Ce soir-là, pas plus que la veille, ni nausées ni garderobes, légère constipation même qu'il faut combattre pour cette fois seulement par un demi-lavement d'eau de son. — Le 31, légère amélioration ; la malade a pu reposer quelques instants : 60 centigr. de tartre stibié dans la même potion. — Le 1er avril, amélioration très-marquée, les articulations sont en grande partie dégonflées, dérougies ; les mouvements sont bien moins douloureux ; la malade, qui a dormi une grande partie de la nuit, demande à manger et je lui accorde deux bouillons. Les urines sont abondantes et très-chargées, quoique, malgré ma recommandation, on boive peu abondamment. — Les 2 et 3 avril, même potion toujours aussi bien supportée que les soirs précédents, si bien supportée, que madame L... trouve du plaisir à la prendre. Les symptômes de la maladie continuent de s'effacer, et je permets sans difficulté deux potages par jour. Les deux nuits et surtout la seconde ont été marquées par un bon sommeil et une moiteur abondante. — Les 4 et 5, je ne donne plus que 45 centigr. et 30 centigr. de tartre stibié, et je permets trois potages par jour : mêmes mouvements critiques. La dernière potion a été prise avec quelque répugnance. — Le 7, madame L... est entrée en pleine convalescence, toutes les douleurs sont dissipées, et après huit jours de l'usage du

tartre stibié, qui n'avait manifesté son action que par les mouvements critiques que nous avons dit, il ne restait plus de traces de cette affection rhumatismale si intense et si générale.

J'en appelle à tous les esprits impartiaux : cette observation ne prouve-t-elle pas l'efficacité du tartre-stibié pour combattre le rhumatisme articulaire aigu, et son innocuité quand il est administré dans des conditions favorables, qu'il appartiendra toujours au bon praticien d'apprécier? J'espère que l'observation suivante ne diminuera pas les convictions qu'aurait pu faire naître la première.

Obs. II. On se rappelle qu'à la fin du mois d'août 1842 la température s'abaissa, et de très-chaude qu'elle était, elle devint tout à coup froide et pluvieuse. C'est sans doute à cette influence qu'il faut attribuer la maladie d'Augustin, dont nous allons maintenant donner l'histoire. C'est un concierge d'une constitution sèche, âgé de 58 ans, mais qui paraît en avoir plus de 65; il est atteint depuis longtemps d'une affection catarrhale qui s'exaspère assez facilement. Il a toujours habité des logements situés au rez-de-chaussée, et cependant il n'a jamais éprouvé d'affections rhumatismales; la loge qu'il occupe aujourd'hui, quoique située sous une porte cochère, paraît fort saine et reçoit le jour d'une grande croisée qui donne sur une cour assez grande et assez aérée. — Le 23 août, sans cause directe bien appréciable, il fut pris dans les deux talons d'une douleur assez vive pour l'empêcher de dormir, et je trouvai le lendemain le pouls développé mais peu fréquent (80 à 86 pulsations). Le diagnostic n'était point évident et je me contentai de prescrire la diète, le repos au lit et une infusion de fleurs de mauve bue chaude. — Le 25, les deux cous-de-pieds étaient tuméfiés et douloureux à la pression, la nuit avait encore été mauvaise : j'ajoutai alors à la prescription de la veille des pilules avec l'extrait d'aconit napel et la masse pilulaire de cynoglosse. — Le 26, la maladie avait coutume de faire des progrès en intensité et en étendue, car les genoux étaient gonflés, rouges et douloureux, pendant que l'inflammation rhumatique s'était encore mieux prononcée aux deux articulations primitivement envahies. Le pouls était devenu beaucoup plus fréquent (120 puls.), et le malade, qui n'avait pas fermé l'œil de la nuit, était extrêmement agité et se plaignait sans cesse. La saignée paraissait assez indiquée, mais j'en étais détourné par l'apparence de vieillesse et de faiblesse du malade; j'insistai sur l'usage des pilules avec l'extrait d'aconit et fis ajouter cinq grammes de nitrate de potasse par litre de tisane. — Le 27, aucun amendement; dix grammes de sel de nitre. — Le 28, le malade avait passé une nuit encore plus agitée que les précédentes, et en même temps que les articulations déjà prises restaient aussi malades, les deux coudes commençaient à devenir douloureux. Cette circonstance et celle de la répugnance qu'Augustin éprouvait à boire sa tisane me firent songer à changer la médication, et je lui prescrivis immédiatement une potion de 150 grammes avec le sirop de pavots blancs et 30 centigrammes de tartre stibié. — Le 29, à peu près même état, quoique la nuit ait été moins mauvaise : 45 centigrammes de tartre stibié. — Le 30, je trouve un amendement marqué dans l'état du malade, qui a dormi plusieurs heures de suite et dont le pouls est revenu à 80 pulsations environ; les

cous-de-pieds sont dégonflés, dérougis et ont cessé d'être douloureux, les mouvements sont devenus plus libres pour les genoux, mais ils restent fort difficiles pour les bras, surtout du côté droit, car indépendamment que l'inflammation a fait quelques progrès dans les coudes, elle a légèrement envahi l'épaule droite : 60 centigrammes de tartre stibié dans la même potion. — Le 31, l'amélioration des jours précédents est encore plus marquée; le malade se met sur son séant, remue librement les jambes et assez facilement les bras, quoique l'épaule droite soit toujours douloureuse; le pouls est tombé à 70 pulsations; les urines sont abondantes, rouges et chargées : même potion, deux bouillons coupés. — Le 1er et le 2 septembre, Augustin n'a plus pris que 45 centig. d'émétique, et il a fallu en cesser l'usage le 3, à cause de la grande altération évidemment causée par la potion émétisée. Mais à cette dernière époque il ne restait plus qu'un sentiment de faiblesse dans les extrémités inférieures et un peu de douleur dans l'épaule droite; le malade mangeait depuis le 2 deux potages par jour, et dormait la nuit entière. Que je n'oublie pas de dire qu'il n'y a jamais eu ni vomissements ni nausées, et à peine une à deux garderobes par jour.—Les 4 et 5 la cure s'est confirmée, et quand, le 7, j'ai cessé de voir le malade, il se levait depuis deux jours et commençait à reprendre son ancien train de vie. Je l'ai revu, il y a peu de jours, et je l'ai trouvé parfaitement remis; cependant la douleur de l'épaule droite a persisté, et il faudra sans doute au printemps prochain combattre par quelques bains de vapeur ce rhumatisme passé à l'état chronique ; conséquence presque forcée chez un vieillard et surtout avec les conditions hygiéniques dans lesquelles celui-ci se trouve placé.

Cette seconde observation me semble si convaincante qu'il me paraît presque superflu d'en faire ressortir la valeur ; il me suffira donc de faire remarquer que tout le temps que la maladie a été combattue par d'autres moyens, elle a toujours été en progrès, et qu'elle a été enrayée presque sitôt qu'on a commencé l'usage de l'émétique, dont les bons effets ne sauraient non plus être attribués à la saignée, puisqu'on n'a pratiqué aucune émission sanguine. Je sais bien que je n'en puis pas dire autant pour la malade qui fait le sujet de la première observation, puisque celle-ci a été saignée du bras ; mais si l'on veut se rappeler que cette opération n'a été pratiquée qu'en vue de la céphalalgie qui était survenue et qu'elle a dissipée ; que du reste la maladie principale n'en a été en aucune façon amendée, qu'elle a même continué de faire quelques progrès ; si l'on veut, dis-je, se rappeler toutes ces circonstances, on arrivera à cette conséquence rigoureuse, que le tartre stibié seul a procuré, dans le premier cas comme dans le second, la guérison de l'affection rhumatismale aiguë. J'ajouterai que dans ces deux cas, comme dans tous les cas de pleuropneumonie que j'ai publiés dans ce recueil, le tartre stibié a agi en excitant des mouvements critiques soit par les sueurs, soit par les urines, et souvent en augmentant ces deux sécrétions. Peut-être ces crises n'ont-elles pas toujours

lieu, ou du moins ne sont-elles point assez évidentes pour être facilement observées ; car pourquoi ne pas plutôt croire, puisqu'elles se manifestent dans le plus grand nombre des cas, qu'elles ont encore lieu alors même qu'elles échappent aux regards d'un observateur attentif ?

Je viens encore (mai 1844) de faire une application de la méthode rasorienne, et quoique le malade ait succombé, l'indication sommaire que j'en vais donner permettra cependant d'apprécier ses avantages. Il s'agit d'un homme qui, prédisposé par ses travaux aux affections cérébrales, fut pris le 24 avril dernier d'un rhumatisme articulaire aigu qui envahit presque toutes les articulations. Le 25, menace de méningite que dissipe une application révulsive de sangsues. Après quarante-huit heures d'une convalescence presque complète, par suite d'une imprudence, nouvelle invasion du rhumatisme, et le 2 mai, retour d'accidents cérébraux beaucoup plus graves. Vu la constitution du malade, vu l'affaiblissement causé par les pertes de sang antérieures, on ne pouvait plus recourir à cette médication. Je n'hésitai point à administrer l'émétique à haute dose (30 centig. dans une potion de 150 gr.), et deux de ces potions suffirent pour rendre au malade l'intégrité complète de ses facultés intellectuelles et pour dissiper entièrement tous les symptômes qui s'étaient manifestés vers le cerveau ; le malade s'est vu même débarrasser d'un hoquet extrêmement fatigant qui datait de plusieurs jours et qui résultait sans doute de l'irruption du principe morbide sur le diaphragme.

J'ai maintenant à dire que le malade a succombé à une angine couenneuse qui s'est surtout étendue vers les voies digestives. Tout en reconnaissant que le tartre stibié n'est pour rien dans le point de départ de la diphthérite, puisque la gêne de la déglutition était bien antérieure à son administration, on est cependant en droit de se demander s'il n'a point favorisé son développement. Pour mon compte, je ne le pense pas, mais je suis obligé de reconnaître que son emploi peut donner lieu à une éruption de petits boutons blancs (*vésicules*) qui se développent sur la muqueuse de l'arrière-bouche, éruption qui se propage, ainsi que l'autopsie l'a démontré dans certains cas, tout le long de la partie supérieure du tube intestinal. Ce phénomène est une indication pressante de suspendre l'emploi du médicament. J'ai eu l'occasion de l'observer une fois chez une blanchisseuse atteinte d'un rhumatisme sur-aigu de l'articulation scapulo-humérale, et déjà amendé par 30 centigr. de tartre stibié dans une potion appropriée. La malade, obligée de suspendre ce traitement, a guéri, mais lentement et difficilement.

Ainsi que je l'ai déjà publié dans ma thèse pour l'agrégation (1), M. le docteur Racibozski a vu deux fois, après l'administration soutenue pen-

dant plusieurs jours du tartre stibié à doses élevées, survenir une éruption abondante sur toute l'étendue de la peau, éruption de vésicules et de pustules dont un grand nombre avaient l'aspect de celles qui résultent de l'application de la pommade d'Autenrieth. Des symptômes nerveux compliquèrent ces éruptions, qui toutefois jugulèrent les pleuro-pneumonies graves contre lesquelles la médication avait été dirigée. Faut-il considérer cette éruption comme critique ou comme révulsive, c'est un point que je n'ai pas le loisir de discuter, mais, critique ou révulsive, c'est une manifestation peu désirable dans l'emploi du tartre stibié ; heureusement qu'elle paraît devoir être fort rare, ainsi que celle dont j'ai, je crois, signalé le premier l'existence.

Avant de terminer cette courte note, je rappellerai qu'à son début j'ai blâmé l'emploi des émissions sanguines loco dolenti, et voici que, par une circonstance heureuse, la Gazette des hôpitaux, qui rend un compte si fidèle des diverses cliniques, rapporte quelques observations de rhumatismes articulaires aigus qui ont été exaspérés dans leurs symptômes locaux par ce genre de médication, qui a été tout à fait insuffisant quand il n'a pas nui. A ce sujet, et pour corroborer mon opinion, je rapporterai sommairement l'histoire d'une jeune fille qui, atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, paraît bien avoir été victime de la médication opposée à cette maladie. Elle avait débuté par une articulation, on y pratiqua une application de sangsues, qu'on réitéra cinq ou six fois, sur chaque articulation nouvellement envahie. L'inflammation, ainsi poursuivie et fuyant devant le traitement, envahit tout à coup le péricarde et probablement le cœur : dernière application de sangsues sur cette région. Mais celle-ci fut suivie d'une effrayante exacerbation des accidents, et la malade succomba à une péricardite probablement compliquée d'endocardite. Je dis probablement, car à cette époque le diagnostic de cette grave affection n'avait point encore été éclairé par les beaux travaux de M. le professeur Bouillaud.

A. Legrand.

(1) *De la valeur des éruptions cutanées dans les pyrexies, de leurs indications thérapeutiques.* In-4°, Paris, mai 1844.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE PAR L'ENROULEMENT DES VEINES DU CORDON SPERMATIQUE.

Je viens soumettre au jugement des praticiens un nouveau procédé opératoire pour la cure radicale du varicocèle. Comme ces varices, selon d'excellents esprits, constituent plutôt une infirmité qu'une véritable maladie, avant d'examiner la valeur du procédé, il est utile de s'enquérir de sa nécessité; de se demander s'il y a lieu de tenter raisonnablement, par une opération, la cure radicale du varicocèle, et s'il ne serait pas plus sage de se borner à l'emploi des moyens palliatifs. On peut soumettre ainsi la question de médecine opératoire à la question de pathologie; ou mieux, on peut désirer les traiter toutes deux, car elles sont évidemment connexes et d'une importance égale pour arriver à une conclusion utile.

Dans ce travail, je traiterai de la pathologie du varicocèle au point de vue du degré de la gravité de la maladie et de son pronostic, puis je parlerai de la médecine opératoire du varicocèle, et je démontrerai l'innocuité des procédés opératoires modernes; j'établirai ensuite l'efficacité de la nouvelle opération : l'enroulement des veines du cordon spermatique.

Pathologie. I. Il est évident que les bons esprits auxquels j'ai fait allusion, que Boyer et Cooper, par exemple, n'ont pu puiser, seulement dans le pronostic du varicocèle, leur répugnance pour les opérations destinées à la cure radicale; car, si l'observation journalière prouve qu'il est des sujets qui portent sans douleur, sans ennui, les varicocèles les plus développés; s'il est vrai que, semblable à un malade de J. L. Petit, on peut, avec un varicocèle volumineux, courir la poste pendant vingt-cinq ans sans faire plus de relais que le courrier le plus intrépide; s'il est constant encore qu'on peut, comme un vieillard de mes salles, porter un varicocèle double, énorme, et cela sans suspensoir et sans le moindre besoin de se débarrasser de ces tumeurs, même en présence de nombreuses guérisons de cette maladie, il n'est pas moins complétement établi que, par le fait seul des varices dans les bourses, certains individus souffrent cruellement. Ainsi on trouvera, dans la brochure de M. Landouzy, l'observation d'un malade de M. Breschet, qui comparait

ses souffrances aux douleurs produites par les pinces qu'emploie ce professeur pour la cure radicale du varicocèle. Or, il est facile de se faire une idée de la douleur produite par ces pinces quand on a assisté à une seule de leur application, après laquelle on observe souvent la syncope. J'ai opéré, avec succès, un malade qui avait déjà subi l'application des pinces de M. Breschet, qui avait été inutilement soumis à la ligature de M. Ricord. Il n'y a que de vives douleurs ou de cruelles angoisses qui puissent forcer un homme à lutter ainsi contre les récidives et à faire l'essai de trois chirurgiens et de trois procédés. Il est parfaitement avéré aussi que des varicocèles, innocents pendant de longues années, ont fini par amener des conséquences graves pour ceux qui les ont portés avec une espèce d'insouciance. Ainsi, le courrier dont parle J. L. Petit, et qui se livra à sa pénible profession pendant vingt-cinq ans malgré une tumeur volumineuse des bourses, ce même courrier fut mis enfin à pied par la force du mal, qui nécessita une opération des plus graves. J'ai actuellement dans mon service, à l'hôpital du Midi, un malade dont les varices du cordon testiculaire se sont spontanément enflammées, ce qui lui a fait courir des dangers réels. Les chirurgiens prudents, les opérateurs les plus circonspects trouveraient donc une indication suffisante pour opérer quand le varicocèle sera douloureux au point que nous venons d'indiquer, quand il pourra avoir les conséquences de celui qui a été observé par J. L. Petit. D'ailleurs, ces chirurgiens se rappelleront surtout qu'ils ont pratiqué eux-mêmes des opérations plus graves pour des lésions qui étaient moins incommodes et moins graves. Je prie mes adversaires de bien noter cette circonstance.

II. Examinons le pronostic à un autre point de vue. Le varicocèle peut être bien moins douloureux ; il peut ne pas compromettre directement la vie, et avoir cependant une certaine gravité. En effet, il devient quelquefois une cause réelle d'impuissance, car on sait que les varices des veines le plus en rapport avec la substance du testicule compriment progressivement ce parenchyme, atrophient l'organe, qui finit par être impropre à la fécondation. Que l'atrophie du testicule soit produite par ce mécanisme ou autrement, elle n'en demeure pas moins un des faits les mieux établis de l'histoire du varicocèle parvenu à un degré avancé. Dans certaines positions sociales, l'impuissance peut être considérée comme un faible inconvénient ; mais, dans des conditions opposées, elle devient quelquefois un vrai malheur de famille. Ces considérations pourront donc avoir un grand poids dans les déterminations thérapeutiques, surtout si l'on considère que, quand un côté est affecté, l'autre l'est aussi plus ou moins. Le praticien puisera en ces considérations une indication légitime pour l'opération de la cure radi-

cale du varicocèle. Cette indication sera bientôt fortifiée par ce que je dirai de l'innocuité des opérations que j'ai à proposer.

III. Comme toutes les maladies chroniques des organes génitaux, le varicocèle a de fâcheuses influences sur le moral; comme dans tous les cas de varices, il y a aussi, avec le varicocèle, un certain affaiblissement des forces physiques. En effet, la compression progressive opérée par les veines variqueuses sur le testicule doit amener peu à peu cet abattement caractéristique des forces qui paraît moindre qu'après une action instantanée et violente sur cette glande, mais dont les conséquences sont plus graves, car l'action ici est permanente. C'est ainsi que des sujets atteints de varicocèle reculent devant la moindre fatigue; pour eux, une simple promenade est une véritable corvée. J'ai vu un ouvrier inondé de sueur et haletant parce qu'il s'était un peu pressé pour monter un premier étage. On a observé des malades qui, à leur lever, ne pouvaient se permettre quelques pas dans leur chambre sans suspensoir.

Il est de la plus grande importance de distinguer cette faiblesse de celle qui se lie à la plupart des varices, par exemple, à la faiblesse des vieillards affectés de dilatations variqueuses sur plusieurs parties du corps. Ici la faiblesse est l'effet de l'âge; elle est antérieure aux varices, elle en est souvent une des principales causes; tandis que, chez le porteur d'un varicocèle, ce sont les varices elles-mêmes qui, pour ainsi dire, dépriment les forces. La faiblesse est alors l'effet, et non la cause. On voit tout de suite les conséquences de cette distinction pour le traitement.

IV. Disons quelques mots sur l'état moral des malades affectés de varicocèle. Il en est qui n'osent rien entreprendre : ce ne sont pas seulement les forces physiques qui semblent brisées et déprimées par le varicocèle : l'esprit en reçoit des atteintes réelles; comme le corps, il devient paresseux et lent, et il n'y a rien de viril dans ses conceptions, dans ses œuvres. Un pareil état répand sur la vie un ennui, une amertume qui la rendent à charge; aussi les idées de suicide ne sont-elles pas extrêmement rares chez ces malades. Ce n'est pas toujours parce que le sujet a vu, constaté son varicocèle; ce n'est pas toujours la contemplation abusive de ses varices qui l'a conduit à une hypocondrie dont l'esprit aurait l'initiative ou la plus grande part. Il arrive, plus rarement à la vérité, que l'esprit souffre dans l'ignorance complète d'un mal physique. Ainsi, j'ai donné des soins à un artiste distingué qui avait des idées très-mélancoliques; je fis la découverte, chez lui, d'un varicocèle peu volumineux dont il ignorait l'existence, et qui ne lui causait aucune douleur. L'opération ramena le calme dans son esprit, et changea complétement son caractère.

Ainsi, au point de vue de ses effets sur l'esprit, le varicocèle a une véritable gravité, car il rend la vie difficile, pénible, insupportable même. On a pu donc raisonnablement puiser dans cet ordre de faits une indication pour une opération chirurgicale, surtout depuis qu'il a été prouvé que celle-ci n'est pas grave.

V. L'histoire, d'ailleurs, nous offre des preuves indirectes en faveur de la cure radicale. La lecture de nos devanciers nous apprend, en effet, qu'on se livrait autrefois à des opérations quelquefois très-graves pour guérir le varicocèle. Ainsi on a extirpé, pour cela, les veines variqueuses ; on les a attaquées par le feu, on a pratiqué des excisions des bourses et même l'extirpation du testicule. Il est possible qu'on n'ait pas toujours opéré alors pour des varicocèles, et je suis porté à croire à certaines erreurs de diagnostic de la part de nos premiers maîtres, car je ne suis pas de ceux qui admettent leur infaillibilité. Mais je suppose encore moins l'erreur constante à l'endroit de leur diagnostic, et je dis que si des hommes sages et d'un talent incontestable ont souvent pris de graves déterminations pour arriver à la cure radicale du varicocèle, c'est qu'ils ne manquaient pas de bonnes raisons pour cela.

VI. Enfin le varicocèle, étant un cas de réforme, peut empêcher l'homme à vocation militaire de marcher sous son drapeau. J'ai déjà opéré plusieurs remplaçants et deux sujets qui se destinaient au service de l'octroi. Ceux-ci avaient été refusés à cause de leur varicocèle. Ils ont pu se faire admettre après le succès de l'opération. Voilà donc encore des circonstances qui constituent de nouveaux motifs pour tenter la cure radicale.

Médecine opératoire du varicocèle. — Si le rejet de la médecine opératoire du traitement du varicocèle ne reposait que sur une question de pronostic, si c'était seulement le peu de gravité du varicocèle qui motivât cette exclusion, je n'aurais rien à ajouter, car j'ai suffisamment prouvé, je pense, que le varicocèle est quelquefois une maladie grave. Mais à l'argument puisé dans le pronostic, les fauteurs absolus de la cure palliative ajoutent des arguments tirés de l'insuffisance et du danger des opérations.

Il y a ici deux erreurs qui naissent, comme presque toutes les erreurs médicales, d'une analogie non suffisamment contenue par l'observation.

La première erreur, celle qui porte sur l'insuffisance des opérations, vient surtout de ce qu'on confond les varices des bourses avec les autres varices, et d'une imperfection de la médecine opératoire. La seconde erreur, qui est relative au danger des opérations, vient aussi d'une analogie trop forcée, et de ce qu'on ne distingue pas assez parmi ces

opérations, peut-être aussi parce qu'on dédaigne trop les progrès récents de la médecine opératoire.

I. Une erreur d'étiologie et une observation incomplète ont fait considérer le varicocèle comme appartenant à une classe de maladies et à une catégorie de malades dont la guérison radicale est presque impossible. Ainsi, on verra encore dans Delpech cette opinion erronée, que le varicocèle est rare chez les jeunes gens, tandis qu'il serait fréquent chez les vieillards. Or, c'est de dix à trente ans que le varicocèle commence le plus souvent! Ici apparaît déjà une différence entre les varices du scrotum et celles des autres parties du corps, lesquelles sont surtout l'apanage de la vieillesse. De plus, ces dernières varices ont souvent une tendance extraordinaire à se généraliser et à se développer avec l'âge. En effet, dépendant de causes diathésiques, générales, persistantes, elles prennent le caractère de ces causes. Au contraire, les principales influences sous lesquelles le varicocèle se développe ont un temps et une action limités. Ainsi l'abus des plaisirs vénériens, l'équitation, la danse, les marches forcées, les orchites, enfin toutes les excitations, les irritations et les phlegmasies de l'appareil génital, presque toutes ces causes n'agissent ordinairement que pendant une période de la vie, et elles sont, comme le disent les pathologistes, *occasionnelles;* elles ne sont ici ni permanentes ni générales, et leurs effets demeurent, la plupart du temps, locaux. Aussi est-il assez rare de voir les varices des bourses avec d'autres varices, soit aux membres, soit même à l'anus.

II. Les bornes de la sphère d'action de certaines causes doivent, le plus souvent, amener la localisation du mal, ce qui justifie l'emploi d'un moyen ou d'un procédé opératoire. La limitation dans la durée des causes peut faire supposer aussi des bornes à la durée de la maladie et, par conséquent, la cure spontanée de cette maladie après la cessation de ces causes; c'est, en effet, ce qui peut arriver au varicocèle. Cette dernière considération, la cure spontanée du varicocèle, qui semble défavorable à mon système, n'est, en réalité, contraire qu'à ceux qui opèrent à tout prix et toujours. Il paraît réellement qu'on pourrait m'objecter, avec le plus grand avantage, qu'une maladie dont la terminaison heureuse et naturelle est possible, ne nécessite aucune opération. Mais cette cure spontanée du varicocèle est un phénomène des plus rares, et, avant sa réalisation, la tumeur des bourses peut amener tous les inconvénients et produire les désordres moraux et physiques que nous avons signalés. D'ailleurs, il est des malades qui n'acceptent pas patiemment les lenteurs de la nature dans l'exécution de ses procédés. Au reste, l'opération que j'ai à proposer n'est pas une mutilation; son

procédé, au contraire, se rapproche de celui de la nature ; de sorte que je ne fais qu'abréger les efforts naturels, quand ceux-ci doivent se produire, et je les provoque, je les aide, dans les cas d'insuffisance de l'organisme pour commencer ou achever la cure radicale.

III. J'ai dit qu'un autre argument dirigé contre la cure radicale, celui du danger de l'opération, avait aussi sa source dans une analogie forcée, dans la confusion des anciens avec les nouveaux procédés, et peut-être dans le dédain des progrès récents de la médecine opératoire.

En effet, on a assimilé les veines des membres inférieurs à celles du cordon spermatique ; or, comme les opérations pratiquées sur la veine saphène ont eu, trop souvent, des suites extrêmement graves, et cela, pour acheter des guérisons presque toujours incomplètes ou avec récidive, il est des praticiens qui ont conclu au rejet des opérations pour les varices des bourses par les mêmes motifs qui les avaient portés à exclure la médecine opératoire du traitement des varices des membres inférieurs. Mais quelle différence, pour le calibre, entre la veine saphène à la cuisse et même à la jambe, et les diamètres des veines du cordon spermatique ! Or, on doit savoir que plus le calibre de la veine sur laquelle on opère est considérable, plus les dangers de l'opération sont à craindre. Il en est de même des blessures des veines : la gravité, la fréquence des accidents sont en raison directe des diamètres des vaisseaux lésés.

IV. Dans l'appréciation des dangers de l'opération, il serait injuste et tout à fait illogique d'admettre comme éléments les procédés anciens complétement abandonnés. Ainsi, traverser les veines avec le fer rouge, ouvrir les bourses pour mettre à nu le plexus veineux et même le testicule ; lier les veines ainsi dénudées, les diviser largement pour les vider ; enfin extirper les varices avec ou sans ligatures préalables ; exciser une partie du scrotum ; en venir jusqu'à l'ablation du testicule; tous ces vieux procédés constituent une médecine opératoire fort dangereuse et justement réprouvée. En effet, de ces opérations, la moins irrégulière a des dangers réels, et il n'en est aucune qui ne soit de nature à allumer l'inflammation à un haut degré. Dans tous ces procédés le contact de l'air aide l'action des moyens énergiques appliqués sur les veines pour déterminer leur inflammation, et souvent cette inflammation éclate avant l'oblitération de ces vaisseaux, ce qui est une circonstance des plus fâcheuses.

On doit donc, dans l'appréciation des moyens fournis par la médecine opératoire, éliminer tous les procédés antérieurs à l'espèce de renaissance de l'opération du varicocèle qui date de 1830. On ne manquera pas de noter cette époque, parce qu'elle marque le point de départ des

opérations bénignes pour la cure radicale du varicocèle, et, ce qui est plus important pour l'histoire de la chirurgie, c'est encore l'époque de la première formule complétement régulière d'une opération sous-cutanée.

V. M. Gagnebé, dans une thèse soutenue à Paris en 1830, mettant à profit les travaux de J. Hunter, de Delpech, de MM. Andral, Cruveilhier, Breschet, Velpeau, Briquet, considéra la phlébite comme pouvant être produite par l'action de l'air sur les veines du cordon spermatique, et inventa la ligature sous-cutanée des veines. Cependant ce n'est pas la méthode de M. Gagnebé qui fut d'abord employée par le plus grand nombre des praticiens; ce fut celle que M. Breschet créa en 1833. M. Breschet, étant chirurgien de l'Hôtel-Dieu, se trouva en position de répandre sa méthode et de l'appliquer un grand nombre de fois. Il est peu de praticiens, à Paris, qui n'aient connu quelque succès dû à l'application des pinces de M. Breschet, et M. Landouzy a écrit une brochure remplie d'observations qui constatent les avantages de cette méthode.

Cet auteur ne cite pas un seul revers grave. Pour moi, le mot succès, qui a été employé tantôt, ne signifie pas absolument *cure radicale;* car dans cette partie de mon travail, j'ai seulement pour but de prouver le degré d'innocuité des opérations nouvellement proposées pour la cure du varicocèle. Or, pour faire cette preuve, j'ai jugé convenable de citer la méthode qui a été le plus souvent employée, celle dont les résultats ont reçu le plus de publicité, celle de M. Breschet, enfin, et je trouve dans la science ceci : *les succès ont été constants*, ou mieux : *cette méthode a été constamment innocente*. Je sais qu'on a beaucoup parlé d'un malade qui aurait succombé à la suite d'une de ces opérations; mais on lit dans la thèse de M. Jeanselme ces mots : « J'ai voulu prendre des renseignements positifs à cet égard. Tous les détails de ce fait m'ont été communiqués avec une scrupuleuse exactitude par mon ami M. Despré, prosecteur à la Faculté de médecine, qui a assisté à l'opération et donné des soins au malade. Il résulte de ces détails qu'on ne saurait rendre l'opération responsable de ce malheur, qui ne pourrait en réalité qu'être attribué à des imprudences réitérées du malade. »

Pour mon compte, j'aurais préféré la publication de tous les détails de cette intéressante observation à un simple énoncé de la cause de la mort. Mais admettons l'explication la plus défavorable; à une mort sur un si grand nombre d'opérations pratiquées par M. Breschet, ajoutons, si on veut, un résultat aussi malheureux par le procédé de M. Ricord. Hé bien! ces deux revers ne doivent pas faire proscrire l'opération de la cure radicale du varicocèle, si on peut établir qu'en réunissant les opé-

rations pratiquées par MM. Breschet, Reynaud de Toulon, Ricord, et en ajoutant les miennes, on peut arriver à près de mille opérations qui n'ont été suivies d'aucun accident. Une manière contraire d'interpréter les résultats opératoires conduirait au rejet de toutes les opérations, même les plus bénignes. Il ne faudrait plus extirper les moindres loupes ni exciser les amygdales. N'est-il pas plus logique d'attribuer ces revers si exceptionnels à des circonstances indépendantes de la méthode opératoire, revers qui pourraient plus naturellement s'expliquer par un accident dans l'exécution d'un procédé, ou par un écart de régime de la part du malade? Ainsi, dans le procédé par la ligature, si le fil, au lieu d'entourer les vaisseaux encore protégés par un tissu cellulaire, traverse la cavité d'un de ces vaisseaux, le malade se trouve placé dans les circonstances les plus favorables au développement de la phlébite. Si d'un autre côté le malade, au lieu de se soumettre aux soins que nécessite tout opéré, commet les imprudences de celui de M. Breschet, il en subira les conséquences fâcheuses, sans qu'on puisse directement accuser la médecine opératoire.

Si, avec toute la sévérité possible à l'égard de la méthode de M. Breschet, c'est-à-dire à l'égard de l'opération qui provoque nécessairement l'inflammation des bourses, on ne trouve qu'un insuccès, et cela quand on sait que cette méthode est employée depuis dix ans par un chirurgien des mieux placés pour multiplier ses essais, il faut convenir que l'opération en elle-même a une bien grande bénignité.

Dans cette question de l'innocuité, j'ai préféré emprunter les faits à une clinique étrangère. Si j'avais voulu juger avec les résultats de ma pratique, j'aurais pu avancer qu'à l'hôpital du Midi, un des postes les plus favorables pour multiplier les opérations de ce genre, j'ai pu déjà opérer plus de cinquante sujets, sans observer chez aucun ni abcès des bourses, ni phlébite, ni le moindre accident. Cependant, ces succès très-encourageants, seraient-ils encore plus nombreux et plus beaux, ne me feraient jamais conclure à l'infaillibilité de ma méthode. Ce que je puis avancer en toute conscience, c'est que l'opération du varicocèle, telle que je la pratique, est une des plus innocentes de la chirurgie. Si je n'interrogeais que ma pratique, et si j'oubliais les leçons de l'histoire, je déclarerais ma méthode complétement innocente. Ainsi, pour rester dans la réserve, je dirai : ce qu'il y a de mieux prouvé pour moi, c'est le peu de danger des opérations de varicocèle par les méthodes que j'ai à soumettre aux praticiens.

Voici le procédé que j'ai suivi jusqu'à présent : c'est celui de M. Reynaud, de Toulon, avec une modification légère.

I. *Description du procédé.* — Une aiguille droite, forte et ter-

minée en fer de lance, est taraudée à l'autre extrémité dans le sens de son axe. Un fil d'argent très-faible, du diamètre d'une grosse épingle et dont on a replié le bout, est vissé sur cette aiguille. L'opérateur sépare les vaisseaux variqueux du canal déférent ; celui-ci est rejeté en dedans et en arrière du côté de la cloison des bourses et de la racine de la verge. Les vaisseaux variqueux sont saisis et serrés en un seul cordon, par le pouce et l'index de la main gauche. Ces vaisseaux se trouvent dès lors dans un pli de la peau que les doigts ont soulevé et qu'ils bornent en arrière. L'extrémité de ces doigts sert de guide pour l'entrée et la sortie de l'aiguille. Celle-ci entre du côté de l'index et sort du côté du pouce. Elle entraîne le fil d'argent. Une anse de ce fil est en conséquence passée derrière les veines variqueuses. Les deux bouts du fil sortent ainsi par les deux ouvertures du scrotum qui se trouvent à une distance d'environ deux pouces l'une de l'autre. Entre ces deux ouvertures est placé le globe d'une petite bande. C'est sur cette espèce de coussinet que le fil est noué. Au-dessous de ce nœud on passe la sonde cannelée, qui représente le bâtonnet de l'ancien compresseur des artères, et on le fait tourner comme lui.

Il est facile de comprendre toute la simplicité de cette manœuvre. Si une constriction trop forte amenait de trop vives douleurs ou suscitait une inflammation intense, il suffirait de faire exécuter au bâtonnet un tour en sens opposé aux tours qui ont serré le fil, et *vice versa*. On pourrait aussi, si l'inflammation avait une tendance à devenir phlegmoneuse, enlever le coussinet et appliquer des topiques émollients. Dès que l'ordre se serait rétabli, on remettrait la compresse sous le nœud et on appliquerait la sonde cannelée, comme nous l'avons indiqué plus haut. Mais hâtons-nous d'ajouter que presque toujours il faut serrer l'appareil, au lieu de le desserrer. Tous les trois jours on tourne la petite tige en fer dans le sens de la constriction, laquelle est ainsi graduellement augmentée, ***sans que pour serrer on soit obligé de relâcher momentanément le fil***, comme cela est nécessaire dans les autres procédés de ligature.

Le quinzième jour, tout peut être coupé par le fil qu'on trouve complétement sous-cutané ou qui a déjà attaqué la peau elle-même. Pour avoir la complète certitude de ne laisser échapper aucune veine, on peut couper le pont de peau avec un bistouri, comme le faisait M. Reynaud, ou bien laisser le fil qui opère la même section. Le plus souvent je n'attends pas, et j'opère la division de la peau, que j'épargnais autrefois.

Ce procédé n'est autre chose que la ligature en masse des anciens, qui pourrait aussi, à la rigueur, passer pour une ligature sous-cutanée.

On comprend facilement que l'opération que je viens de décrire est d'une innocuité bien plus réelle encore que celle de M. Breschet. C'est un simple fil d'argent qui traverse les bourses, sans que rien de ce qu'elles contiennent soit mis en contact avec l'air. Or, ce fil peut donner lieu à une inflammation bien vive, laquelle d'ailleurs n'arriverait qu'après la formation de caillots dans les veines. Ne voulant faire qu'une ligature médiate en masse, on s'éloigne des veines, et on n'est pas exposé à les traverser et à les enflammer avant leur oblitération, comme cela peut arriver et est sans doute arrivé aux ligatures qui ont la prétention d'être très-immédiates. Après mon opération, il y a un engorgement au niveau de la ligature; c'est un noyau aussi volumineux que le testicule. Il disparaît d'ailleurs, en partie, au huitième jour de l'enlèvement du fil; seulement, sur les vaisseaux mêmes, reste un petit nœud qui persiste davantage.

Ce procédé est de tous le plus simple, le plus facile. C'est celui surtout qui résout le plus péremptoirement la question de l'innocuité : les faits de ma pratique particulière, ceux recueillis dans mon service à l'hôpital du Midi, ne laissent aucun doute à cet égard. Peut-être ce procédé ne fait-il pas éviter d'une manière plus sûre la récidive que le procédé de M. Breschet; car il se borne à intercepter la circulation veineuse sur un point du cordon spermatique et sur une partie de la peau du scrotum, afin de favoriser la formation de caillots oblitérants, et, comme conséquence désirable, la transformation des veines en cordons pleins. Mais il est probable que plus d'une fois, quel que soit le procédé de ligature mis en usage, le sang parcourt de nouveau les veines liées; ou bien, alors, elles n'ont pas été complétement oblitérées, ou bien il y a eu rétablissement de leur cavité, dû à l'absorption plus ou moins complète des caillots. Ces circonstances me déterminèrent à lier les veines à deux hauteurs différentes. J'ai donc souvent appliqué deux ligatures : une supérieure, et au voisinage de la racine de la verge, l'autre près du testicule. Je ne serrais d'abord que la ligature supérieure, l'autre devenait alors une ligature d'attente que j'étreignais plus tard. Cette double ligature laisse bien moins de chances à la récidive. Mais on peut encore l'observer, malgré l'interception du sang sur deux points des veines à deux hauteurs différentes. En effet, ces veines conservant une longueur exagérée, permettent encore au testicule de rester à l'état de prolapsus; ce qui est une cause de récidive des plus puissantes.

J'ai donc conçu et exécuté le projet, non-seulement d'oblitérer, de diviser les veines du cordon spermatique à plusieurs hauteurs différentes, mais encore de raccourcir le cordon spermatique pour produire une véritable ascension du testicule, et cela par une opération bien simple,

par une seule ligature. Pour remplir cette double indication, j'enroule les veines du cordon autour de deux fils d'argent, comme le câble est enroulé sur cette pièce de bois qu'on appelle cabestan.

II. *Procédé nouveau. —Enroulement des veines du cordon spermatique.* — Le premier temps est absolument semblable au premier temps du procédé déjà décrit. Il consiste à passer un fil d'argent derrière les veines du cordon spermatique. Pour cela, la même aiguille qui a servi au précédent procédé est armée d'un fil d'argent un peu moins fort que le stylet aiguillé de nos trousses. Le fil et l'aiguille traversent les bourses, guidés par le pouce et l'index qui ont préalablement opéré une séparation entre les veines et le canal déférent. Celui-ci a été porté en arrière, les veines sont poussées en avant dans un pli de la peau.

Le second temps consiste à passer, avec une même aiguille, un autre fil d'argent en avant des veines, afin que ces vaisseaux soient entre deux fils. Pour cela, l'index et le pouce qui étaient en arrière des veines sont portés en avant d'elles, et pincent la peau dans ce sens pour y ramener les deux ouvertures par où sortent les deux bouts du fil d'argent déjà placé. En pliant un peu ce fil, qui décrit alors un arc à convexité postérieure, on peut rapprocher beaucoup les deux ouvertures. De cette manière on raccourcit et on redresse singulièrement le trajet que le second fil a à parcourir. C'est donc par la même ouverture d'entrée et par la même ouverture de sortie qu'on introduit et qu'on retire le second fil. Le fil qui est antérieur aux vaisseaux, une fois placé, on redresse le plus possible le fil postérieur ; l'antérieur alors se courbe un peu. Les veines sont donc entre les deux fils qui ont encore leurs extrémités libres.

Ici commence le troisième temps : il consiste à tordre les extrémités des fils. D'abord la torsion n'agit que sur eux. Les fils forment alors une anse qui contient les veines, cette anse va toujours en se resserrant. Ce premier mouvement de torsion réduit le plexus veineux à l'état de véritable cordon. Mais en continuant la torsion, les deux fils se resserrent toujours plus, et tendent à former aussi un cordon ayant une certaine résistance. En tournant sur son axe, ce cordon métallique doit entraîner dans son mouvement de rotation les parties comprises entre les deux fils qui le composent. C'est ainsi que les veines s'enroulent sur ce double fil métallique, comme la corde s'enroule sur un cabestan. Or, ces veines ont un point fixe du côté de l'abdomen qui ne cède pas, tandis que l'extrémité inférieure de ces vaisseaux fait corps avec le testicule qui peut être mobilisé et déplacé. Cet organe est donc porté vers le point fixe, en haut, vers l'abdomen. Plus on fait de tours, plus le testicule est hissé. La laxité du tissu cellulaire des bourses favorise singulièrement ce mouvement d'ascension du testicule. Il s'est formé une espèce de

peloton dont la bobine est représentée par un cordon en argent. Les deux bouts de ce cordon sont réunis en avant. On place alors un petit globe de bande sur la peau qui est entre l'entrée et la sortie du cordon métallique, dont les deux bouts sont fixés sur ce tampon par une nouvelle torsion. Puis on passe sous ce cordon une sonde cannelée, à laquelle on imprime le même mouvement, qui fait tourner le compresseur des artères, appelé garrot.

Il y a donc 1° enroulement des veines sur les fils d'argent, 2° compression de ces veines qui sont entre les fils et devant les fils, 3° puis section de ces vaisseaux à divers degrés de hauteur, autant de degrés qu'il y a de tours. On fera bien de laisser les fils couper la peau, car les veines superficielles qui n'appartiennent pas au cordon et qui rampent entre lui et la peau, seront ainsi comprimées, puis divisées : ce qui est une nouvelle chance contre la récidive. D'ailleurs les principales veines du cordon, en s'enroulant sur les fils, entraînent avec elles une foule de petites veines qui échappent à une ligature ordinaire. Ainsi tandis que les ligatures sous-cutanées ordinaires ne divisent que les veines principales du cordon (quand elles les divisent), ma ligature avec enroulement préalable ramasse et les veines principales du cordon, et les veines qui l'unissent aux diverses enveloppes des bourses, et les veines immédiatement sous-cutanées, celles même qui semblent sillonner le tissu même de la peau ; car j'ai soin, quand le varicocèle est ancien, quand il y a des veines superficielles variqueuses, de comprendre ces veines dans le point de la peau qui doit être divisé.

Voilà mon procédé. Je pourrais maintenant multiplier les histoires particulières des malades auxquels il a été appliqué avec succès à l'hôpital du Midi ; mais ce travail sortirait des limites qui me sont imposées. Ce que j'ai dit suffira, je l'espère, pour que mes confrères en apprécient les avantages, malgré l'absence d'observations détaillées.

VIDAL DE CASSIS.

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, DE SES INDICATIONS ET DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES QU'ON DOIT PRÉFÉRER POUR LE PRATIQUER.

(Suite et fin.)

Appréciation des divers moyens. — Les moyens généraux, c'est-à-dire ceux qui, à la manière des emménagogues et du borax, agissent indirectement sur l'utérus, doivent être rejetés de la pratique, parce qu'ils sont infidèles, et que d'ailleurs ils ne sont pas toujours inoffensifs.

Quant au seigle ergoté, les deux faits suivants suffiront pour donner une idée de son inconstance et de ses dangers. — Gœtz chercha à déterminer des contractions utérines, à la trente-septième semaine, chez une rachitique ayant un bassin difforme; il administra, toutes les deux heures, 25 centigrammes d'ergot de seigle; sous l'influence de ce médicament, quelques douleurs légères parurent le lendemain, mais sans amener de résultats. Après avoir attendu encore, Gœtz fut obligé d'en venir à la ponction de l'œuf. Au bout d'une heure, il survint des frissons suivis de contractions énergiques. — A la clinique de Pavie, Lovati donna l'ergot de seigle à une femme qui avait déjà accouché avant terme avec le plus grand succès deux ans auparavant, au moyen de l'éponge préparée; elle succomba à la phlébite utérine.

D'après ces faits, il est permis d'émettre des doutes sur l'efficacité et l'innocuité du seigle ergoté; mais si l'on doit l'abandonner comme méthode exclusive, il mérite d'être conservé comme un adjuvant précieux de la dilatation et de la ponction. Quelques accoucheurs, et M. P. Dubois entre autres, s'en sont servis très-heureusement après l'éponge.

Les *moyens locaux*, en agissant directement sur l'utérus et le plus souvent d'une manière mécanique, atteignent toujours avec plus ou moins d'efficacité le but qu'on se propose. Aussi est-il important de déterminer ce qu'on doit attendre de chacun d'eux.

Je ne reviendrai pas sur les frictions faites sur l'hypogastre ou le col de la matrice. Leurs inconvénients n'ont-ils pas été signalés par l'abandon de ceux qui les avaient proposées?

Quant au tampon, l'expérience n'a pas encore décidé s'il doit rester comme moyen provocateur de l'accouchement. D'ailleurs, l'auteur, à qui ses succès donneraient quelque droit de croire en l'avenir de sa méthode, nous dit lui-même que la dilatation par l'éponge est le moyen le plus rationnel. M. Stoltz, tout en admettant les résultats de Schœller, ne croit pas que le tampon puisse faire naître des contractions chez une femme dont la contractilité sommeille complétement. J'ai entendu dire aux professeurs Kilian et Naegelé qu'il avait échoué entre leurs mains.

Le décollement des membranes, ainsi que le pratiquait Hamilton, ne doit plus figurer que pour mémoire dans l'étude des moyens les plus propres à provoquer l'accouchement. Outre que les douleurs se développent très-lentement sous l'influence de ce procédé (Kluge et Riecke), il est souvent inexécutable. D'abord, la matrice est souvent si élevée que le doigt peut à peine l'atteindre, et en second lieu, le col n'est pas toujours assez ramolli ni son orifice externe assez ouvert dans le huitième mois de la grossesse, pour permettre l'introduction du doigt. Aussi les

accoucheurs se sont-ils hâtés d'y renoncer, lorsque la ponction et surtout la dilatation ont été bien connues et bien comprises.

La ponction, comme je l'ai annoncé, diffère suivant qu'on la pratique par la partie inférieure ou par la partie supérieure de l'œuf. La ponction par en bas présente des inconvénients, qui sont d'autant plus graves que l'accouchement est provoqué à une époque plus éloignée de la fin de la grossesse : c'est ce qui explique le danger qui accompagne si souvent les manœuvres criminelles tentées dans un but d'avortement vers les trois premiers mois de la gestation. A cette époque, en effet, la matrice n'ayant point encore acquis un développement considérable, les instruments portés dans son intérieur avec l'intention de n'atteindre que l'œuf, outre qu'ils peuvent se fourvoyer dans les parois du col, traversent quelquefois le germe de part en part et blessent le tissu utérin, et cela d'autant plus facilement qu'ils sont dirigés par une main plus ignorante. Sans doute, lorsqu'on veut provoquer l'accouchement, les mêmes accidents ne sont pas à redouter ; cependant le col peut encore être lésé, et si l'instrument vulnérant l'a traversé sans s'égarer dans son tissu, il peut rencontrer le fœtus et le blesser à son tour. Ensuite (et c'est là l'inconvénient le plus réel) on n'est pas maître, par la ponction en bas, de mesurer exactement la quantité d'eau qu'on veut évacuer, et s'il y a sortie trop abondante du liquide amniotique, la poche des eaux n'existe plus, le travail traîne en longueur, et l'enfant, n'étant plus protégé, peut succomber pendant les efforts que fait la mère pour l'expulser.

C'est pour obtenir une évacuation lente et progressive du liquide amniotique, qu'un de ceux qui ont le mieux parlé de l'accouchement prématuré, Meissner, a proposé d'abandonner la ponction ordinaire et de faire la paracenthèse de l'œuf par sa partie supérieure, à l'aide du brillant procédé dont j'ai cherché à donner une idée. Reste à savoir si tout le monde pourra manier avec autant de facilité que l'inventeur l'instrument particulier dont il se sert.

Quel que soit d'ailleurs le jugement définitif qu'on porte sur la ponction, elle a des indications spéciales qui la feront toujours conserver : ainsi, elle convient à merveille lorsqu'on veut provoquer l'accouchement pour un cas de maladie grave de la mère, parce qu'alors on a surtout pour but de diminuer le volume de l'utérus. Dans les vices de conformation du bassin, bien qu'on n'ait pas besoin d'agir rapidement, et que, par conséquent, on puisse recourir à la dilatation, il est néanmoins des cas où, l'introduction de l'éponge étant impossible, il faut lui substituer l'emploi du perforateur.

La dilatation a l'avantage de procurer à la fois, et sans aucune vio-

lence, la dilatation du col utérin, le décollement des membranes, et une légère excitation produite sur la partie inférieure de la matrice. Ces avantages, qui ont déjà popularisé cette méthode, lui assurent un légitime et durable succès. Depuis qu'elle est bien connue, un grand nombre d'accoucheurs y ont eu recours. En effet, elle mérite la prééminence sur la ponction par une supériorité incontestable. D'abord, les contractions utérines naissent aussi bien au moyen de l'éponge que par l'action du trocart. Et puis, l'œuf restant intact, le fœtus n'a rien à craindre de la prolongation du travail. Cette plénitude de l'œuf offre aussi une précieuse ressource pour reconnaître la position de l'enfant, qu'il est possible de changer si elle est mauvaise, ainsi que M. Stoltz a pu y parvenir chez une de ses opérées.

Le procédé de Kilian, outre qu'il est moins expéditif que les deux précédents, puisqu'il faut désobstruer le col, le dilater, puis perforer les membranes, offre l'inutile concours de deux moyens dont un seul peut suffire.

5° *Suites de l'opération.* — L'époque à laquelle surviennent les douleurs varie beaucoup, et dépend de la méthode qu'on a employée. J'ai dit qu'il ne fallait pas compter sur les frictions et sur l'ergot de seigle, du moins comme méthode unique ; par conséquent, il ne doit pas être ici question de ces moyens. C'est la ponction qui détermine le plus tôt l'apparition des douleurs ; toutefois, il est rare qu'elles se manifestent sur-le-champ ; ce n'est, le plus ordinairement, qu'au bout de quelques heures. Sous l'influence de la dilatation, elles ne se font guère sentir avant le lendemain. Si, à la fin du second jour, la femme n'accusait encore aucune souffrance, il faudrait recommencer l'opération.

Après la ponction, Merriman a vu survenir un frisson, quelquefois avant-coureur d'un mouvement fébrile, qui faisait périr le fœtus. Cette observation de l'accoucheur anglais n'a pas été confirmée par les médecins qui se sont le plus servis de cette méthode.

Dans les livres classiques, et entre autres dans celui de madame Lachapelle, on redoute beaucoup la délivrance, on craint la rétention de l'arrière-faix. Tous ceux qui ont provoqué l'accouchement prématuré n'ont pas vu qu'elle offrît plus de difficulté que dans l'accouchement naturel à terme. Cette question a été de nouveau soulevée à Mayence, dans la dernière réunion des médecins et des naturalistes allemands. Le professeur d'Outrepont demanda si on avait observé des délivrances tardives à la suite de l'accouchement avant terme. Les docteurs Ricker et Hüter répondirent qu'ils en avaient vu, mais seulement dans le cas d'adhérence du placenta à la matrice. Ritgen n'a pas rencontré une

seule fois la rétention du placenta sur trente-trois accouchements prématurés qu'il a pratiqués.

On a dit aussi que la mère n'était pas propre à donner le sein à son enfant : c'est une assertion gratuite, car la fièvre de lait s'établit le troisième jour, et tout se passe comme après l'accouchement à terme. La femme qui fait le sujet de la première observation de M. Stoltz a allaité le sien, quoiqu'elle n'eût jamais été nourrice.

Beaucoup d'accoucheurs ont parlé des dangers qui résultaient pour la mère de l'accouchement prématuré. Ces craintes n'ont jamais été vérifiées par Kluge, Ritgen, Lovati, Stoltz. Wenzel et Busch, dont les ouvrages sur les maladies des femmes sont très-estimés en Allemagne, ne mentionnent aucun fait de ce genre. Quant à l'accès fébrile que Merriman a vu quelquefois, et auquel il attribue la mort de l'enfant, on pense généralement, au contraire, qu'il a sa source dans la cessation de la vie du produit. Cette opinion trouve un appui dans la pratique de Denman, qui, ayant observé à diverses reprises que des femmes qui étaient prises de frissons violents avant d'avoir atteint la fin de leur grossesse accouchaient ensuite de fœtus privés de vie, provoqua deux fois avec succès l'accouchement avant l'époque de l'apparition ordinaire de ce frisson.

Ce que Gardien redoutait le plus dans la parturition prématurée, c'était surtout les moyens dont on se servait pour la provoquer. Il suffit de lire ce qu'il en dit pour voir qu'il confondait l'opération qu'il veut blâmer avec l'accouchement forcé. Quant aux craintes de voir survenir des hémorrhagies, des convulsions, des affections du col, à la suite de cette pratique, elles étaient nées de l'opinion fausse qu'on se faisait alors en France (1829) de l'accouchement prématuré. C'est ce que M. Velpeau a été le premier à reconnaître quelques années plus tard (1835). « Les accidents, dit-il, n'ont pas été plus souvent observés après l'accouchement provoqué qu'à la suite de l'accouchement à terme. Les deux femmes opérées par Kelly n'en ont éprouvé rien de fâcheux. Denman n'a pas été moins heureux dans les huit cas qu'il indique. Il en fut de même de la femme opérée trois fois par Macaulay, puis d'un cas semblable publié par M. James, puis d'un autre recueilli par M. Riecke. Des soixante-sept femmes dont parle Salomon de Leyde, des douze de M. Kluge, des six de M. Ferrario, aucune n'a succombé. Une seule sur quatorze que Reisinger indiquait en 1820 est morte ; on en compte deux dans un relevé de trente-quatre femmes recueilli depuis ; mais Merriman n'en a pas perdu une sur quarante-six. Les femmes dont on a eu à déplorer la perte sont mortes, l'une d'hydrothorax, l'autre d'une rupture de matrice. Celle dont M. Stoltz nous a montré les détroits n'a succombé qu'aux

progrès de la phthisie pulmonaire dont elle était atteinte, et seulement au bout de six mois. »

Il ne faut pas le dissimuler, le sort des enfants est loin d'être aussi rassurant que celui de leurs mères ; car les deux tiers seulement jouissent des bénéfices de l'opération. On a dit, à cette occasion, que parmi ceux qui ne mouraient pas immédiatement, les uns succombaient après quelques jours d'une existence presque végétative, et que les autres n'atteignaient pas âge d'homme. Ici encore l'exagération est flagrante. Sans doute, ce serait s'aveugler étrangement que de croire qu'il est aussi facile de sauver un enfant arraché avant terme à la vie intra-utérine, que d'en conserver un autre à qui une organisation plus complète a donné la force de résister à l'établissement, toujours plus ou moins précaire, de la vie indépendante ; mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier qu'en faisant naître le premier avant le temps fixé par la nature, on l'arrache à une mort probable, et sa mère à un péril certain. Il faut de plus, dans l'appréciation de la mortalité, tenir compte des conditions qui attendent à leur naissance ces enfants précoces : la plupart voient le jour dans ces asiles créés par le génie de la charité, et n'ont pas le bonheur, selon la parole du poëte, de connaître leur mère à son sourire ; aussi leur frêle existence se trouve-t-elle privée de ces soins de tous les moments qu'une tendre sollicitude seule sait donner. Et qui, pourtant, n'a vu, dans les grandes villes, des enfants si malingres et si chétifs qu'on doutait de leur viabilité, vivre cependant, croître et prospérer, sans autre miracle que le cœur d'une mère ?

On a aussi argué, contre l'accouchement prématuré, de la nécessité où se sont trouvés quelques accoucheurs d'employer d'autres opérations pour le terminer. On peut être forcé de recourir à ces expédients extrêmes par suite d'une erreur dans la mensuration de la cavité pelvienne, ou dans celle du volume de la tête du fœtus, ou bien encore dans le choix du moment de la provocation. Il en sera de même si on a affaire à une mauvaise présentation ou à d'autres accidents qui, du reste, peuvent compliquer l'accouchement naturel à terme, et qui doivent changer la conduite de l'accoucheur.

A. Lacour, D. M.,
Ancien interne de la Maternité de Lyon.

UN MOT SUR LE TRAITEMENT DES BRULURES PAR L'ASSOCIATION DU LINIMENT OLÉOCALCAIRE AVEC LE COTON CARDÉ.

Que n'a-t-on pas inventé contre la brûlure? Chacun veut avoir son remède ; au besoin on consulte tout le monde, excepté le médecin ; il

faut que le cas soit bien grave pour qu'on se décide à recourir à lui ; si la médecine avait un moyen facile et certain de remédier au mal, on verrait bientôt le public revenir de son éloignement pour nous. Je viens, pour ma part, contribuer à la réputation d'un remède dont le docteur Payan a fait connaître les avantages, et auquel un plein succès paraît réservé.

Je fus un jour appelé pour voir un petit garçon de huit à neuf ans, qui depuis quelques heures s'était laissé tomber dans un chaudron à demi rempli d'eau presque bouillante. Quoique secouru au plus tôt, l'enfant n'en eut pas moins les fesses, la partie interne et supérieure des cuisses, le bas-ventre et les parties génitales brûlées. La brûlure n'était pas au même degré sur tous les points ; assez légère au bas-ventre, elle avait produit des phlyctènes sur les fesses, sur les cuisses, et la désorganisation d'une portion du corps papillaire de la peau des parties génitales. En partant j'avais pris de l'eau de chaux pour préparer le liniment oléo-calcaire dont j'avais plusieurs fois constaté les bons résultats dans les hôpitaux. A mon arrivée, je trouvai le petit malade enveloppé dans du coton en rame et se plaignant beaucoup. La mère, qui avait grande confiance en ce moyen, ne me vit pas sans peine découvrir les parties brûlées, les oindre de liniment et replacer le coton qui, ainsi disposé, devait, d'après elle, ne produire aucun effet. Je ne comptais moi-même nullement sur son action, et je ne m'en servis que parce qu'il se trouvait là, et qu'il me permettait d'envelopper très-mollement et très-exactement les parties endommagées. Cependant les douleurs se calmèrent bientôt, et ce pansement, renouvelé plusieurs fois et aidé d'un régime convenable, procura une guérison complète en onze jours. Je l'attribuai surtout au liniment oléo-calcaire.

Deux mois après, je fus mandé pour donner mes soins à un enfant de dix ans, très-malade des suites d'une brûlure remontant à dix-sept jours. Le petit malheureux, jouant avec sa sœur dans la cuisine à côté d'un chaudron contenant de l'eau très-chaude, dans laquelle on avait fait bouillir des cendres, y tomba les fesses les premières. Après avoir pris l'avis de toutes les commères du village, on se décida à recouvrir les parties brûlées avec du coton en rame. Pendant neuf jours l'enfant se plaignit plus ou moins de ses brûlures, puis les cuissons se calmèrent, mais le petit malade accusa de vives douleurs dans le ventre. Ce fut pour dissiper ces dernières qu'on m'appela. Il s'agissait d'une entérite très-intense. En enlevant le coton, je reconnus que la brûlure avait agi au troisième degré, et quoique les choses allassent assez bien de ce côté, je n'en fis pas moins usage du liniment oléo-calcaire seul, et surtout des moyens propres à calmer l'irritation intestinale. L'enfant guérit.

Ce cas m'ouvrit les yeux et me fit naître l'idée d'employer simultanément à l'avenir le coton en rame et le liniment. Après avoir longtemps attendu l'occasion d'expérimenter, on vint un matin me chercher pour une petite fille encore à la mamelle, qui en folâtrant dans la cuisine s'était abattue près du feu et avait placé une de ses mains sur un tas de braise. La brûlure occupait toute la région palmaire et principalement les doigts, elle était assez profonde et arrachait à l'enfant des cris aigus. Une demi-heure après le pansement, les douleurs commencèrent à se calmer sensiblement; peu à peu elles cessèrent, l'enfant prit le sein de sa mère et s'endormit. En treize jours la guérison fut complète, et pendant tout ce temps la petite fille donna à peine quelques marques d'inquiétude et de douleur.

Ce résultat était de nature à m'encourager : à l'avantage inappréciable d'apaiser presque soudainement la douleur, le mode de pansement adopté joignait celui de l'exécution facile. Je pris le parti de m'en tenir à lui jusqu'à nouvel ordre. Une circonstance bien grave, en me rappelant tout ce que la médecine des campagnes offre de désagréments, augmenta ma confiance dans le nouveau remède.

Un jeune mineur fut lancé à une distance considérable par l'explosion de la poudre. Il eut les deux mains et les deux avant-bras brûlés assez profondément. Le médecin du lieu employa le liniment oléo-calcaire : comme les accidents généraux inspiraient des craintes, je fus mandé. Plus occupé de l'état général que des brûlures, je conseillai de recouvrir les parties brûlées de coton en rame, après les avoir enduites de liniment, et je prescrivis contre le trismus des mâchoires et le tétanos commençant divers moyens qui restèrent sans effet. Le malade succomba en se plaignant toujours plus ou moins de ses brûlures. On avait négligé le coton, parce que pour s'en procurer il fallait faire un peu de chemin. Une jeune fille, brûlée en même temps que le mineur, mourut comme lui d'un tétanos. Le médecin m'assura que le liniment oléo-calcaire, employé seul, n'avait pas très-sensiblement modéré les douleurs.

Le coton et le liniment ne sont-ils utiles, précieux qu'à la condition d'être employés en même temps, ou bien en cas de nécessité, pourrait-on remplacer le liniment oléo-calcaire par tout autre ou par la première pommade venue? Voici ce qui m'est arrivé dernièrement :

Un mineur travaillant dans une galerie, mit par mégarde le feu à une boîte en fer-blanc contenant une assez grande quantité de poudre, et fut brûlé depuis la tête jusqu'aux pieds. La brûlure était partout légère. Durant quatre jours, le médecin du lieu fit, sans grand profit, usage d'une pommade. Les douleurs étaient vives et le danger pressant. On m'appela : j'eus à ma disposition du coton en rame, mais je manquai

de liniment oléo-calcaire. Sans connaître la composition de la pommade employée par mon confrère, j'en fis enduire tous les points brûlés et les recouvris successivement de coton, pensant bien faire. Mais en moins d'une heure les douleurs devinrent tellement intenses, que le médecin qui vit le malade après moi se trouva forcé d'enlever le tout. Le calme se rétablit peu à peu et les douleurs redevinrent ce quelles étaient avant ma visite. Le jeune homme succomba bientôt à une congestion pulmonaire.

Le blanc d'œuf battu dans une certaine quantité d'eau jouit dans nos contrées, parmi les bonnes femmes, d'une grande réputation. Un jour, me trouvant auprès d'une dame, sur la main gauche de laquelle une cafetière d'eau bouillante s'était renversée, je fis usage de ce liniment albumineux et du coton, en attendant le liniment oléo-calcaire que j'envoyai chercher à la ville. La dame souffrit beaucoup pendant quatre heures. Au bout de ce terme, ayant enlevé le tout et fait des onctions avec le liniment qu'on venait d'apporter, et recouvert la main de coton, je vis la douleur diminuer bientôt d'une manière prononcée et s'éteindre presque entièrement avant une heure.

Un petit garçon, jouant auprès du feu, renversa une casserole contenant du vin en ébullition et se brûla toute la face dorsale du pied droit. Me trouvant par hasard dans le village, on me pria de donner mon avis. N'ayant pas de liniment oléo-calcaire, je demandai du coton et de l'huile, et je barbouillai en attendant le pied de l'une et le recouvris de l'autre. Mais l'enfant ne cessa de se plaindre, de crier ; force fut d'envoyer prendre le liniment oléo-calcaire qui, employé à la place de l'huile, procura un soulagement très-sensible et durable après quelques moments d'application.

Voilà tout ce que j'ai vu en fait de brûlures dans l'espace de cinq ans. Les faits observés parlent de la façon la plus claire en faveur de l'emploi simultané du coton en rame et du liniment oléo-calcaire ; réunis à ceux du docteur Payan et à celui du docteur Miquel, publiés l'an dernier, ils me paraissent de nature à fixer l'attention des praticiens, et faire comprendre à ceux des villages surtout l'avantage qu'ils auraient à se munir de coton et de liniment oléo-calcaire, pour n'avoir pas à perdre un temps précieux, ou à abandonner à des malades et à leurs proches, très-négligents par nature, le soin d'aller à la recherche des objets nécessaires au pansement.

Je ne m'occupe que du traitement local des brûlures, parce que c'est celui que les malades et les parents réclament avec le plus d'instance ; mais chacun sait que dans les cas graves, le danger vient moins des ac-

cidents locaux que des congestions viscérales sanguines et des phénomènes nerveux. ESPEZEL, D.-M.

A Esperaza (Aude).

CHIMIE ET PHARMACIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES HUILES DE POISSON EN GÉNÉRAL;

Par Emile MOUCHON, pharmacien.

Lorsque le disciple distingué du célèbre Scarpa, M. Carron du Villards, attira l'attention des praticiens sur l'huile de foie de morue (1), on fut généralement peu disposé à expérimenter cet agent thérapeutique, dont la saveur repoussante n'est nullement propre à favoriser l'emploi. Il fallait, pour vaincre la répugnauce qu'il inspire ordinairement, aviser au moyen de corriger sa mauvaise nature, et c'est dans ce but que M. Duclou, pharmacien, crut devoir le convertir en sirop. De là cette formule qu'il publia d'abord dans le *Bulletin de thérapeutique* (2), et qui, depuis, a été reproduite dans la plupart des journaux scientifiques.

J'avoue franchement que lorsque cette publication eut lieu, je l'accueillis avec froideur. Je le prouvai suffisamment, du reste, en négligeant de consigner la formule dans mon traité *des saccharolés liquides*. Je savais bien que l'huile de foie de morue avait été expérimentée avec beaucoup de succès, en Suisse, en Allemagne, par Schérer, Reder, Spaarman, Elberling, et en France, par M. Carron du Villards; mais je ne pouvais me défendre de la répulsion qu'inspire ordinairement un produit de cette nature. Cependant, appelé par une nécessité professionnelle à confectionner du sirop d'huile de foie de morue, et ne trouvant pas dans la formule de M. Duclou toutes les conditions voulues pour faire de ce médicament un agent susceptible d'être admis sans difficulté dans la thérapeutique, je crus devoir constituer le sirop de la manière suivante :

Sirop d'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue, récente. . . .	100 grammes.
Gomme arabique en poudre.	50
Eau commune.	50
Essence de menthe poivrée.	4
Sirop de gomme arabique.	800
Total. . .	1000

(1) Voyez *Bulletin de Thérapeutique*, 1834, tome VI, page 266.
(2) *Bulletin de Thérapeutique*, 1837, tome XIII, page 156.

La gomme et l'eau étant converties en mucilage dans un grand mortier de porcelaine, j'émulsionne peu à peu l'huile et l'essence, et je complète l'opération par des additions successives de sirop de gomme pour réaliser 1000 grammes de saccharolé, que j'introduis dans des flacons de 250 grammes de capacité.

La base figure pour un dixième dans ce produit, comme dans celui de M. Duclou. La saveur de l'huile est presque complétement masquée par celle de l'essence de menthe, que je considère comme le plus puissant correctif, bien que d'autres essences, telles que celle d'anis, celle d'amandes amères, dans de moindres proportions, puissent assez bien la remplacer.

D'autres que moi ont senti les inconvénients qui peuvent nuire à l'usage du sirop de M. Duclou. C'est ce que prouve d'ailleurs la modification utile proposée par M. Mialhe (1), et la formule par trop compliquée de M. Vannier, formule dans laquelle figurent l'extrait de feuilles de noyer, l'iodure de potassium, le sirop de quinquina, etc., comme puissants auxiliaires de l'huile de foie de morue, dans le traitement des affections scrofuleuses.

Si j'avais un choix à faire entre ces quelques produits, ce serait certainement à celui de l'honorable M. Mialhe quo je donnerais la préférence, l'homogénéité et la bonne nature du saccharolé liquide le rendant vraiment recommandable, avec l'addition pourtant d'un aromate, tel que l'huile essentielle d'amandes amères, en quantité suffisante pour épargner aux organes du goût l'impression désagréable à laquelle il importe de soustraire les malades. Néanmoins, eu égard à la simplicité de mon procédé, j'aurais une tendance plus grande en sa faveur, d'autant plus qu'il en résulte un sirop dont la constitution ne laisse pas plus à désirer que celle du produit de mon habile confrère.

Si l'usage de l'huile de foie de morue se généralisait en France, comme en Belgique et en Hollande, dans le traitement du rachitisme, des affections goutteuses et rhumatismales, ce serait, d'après MM. Girardin et Preisser, à l'huile de foie de *raie* que les praticiens devraient donner la préférence, ce fluide animal étant un peu plus riche en iodure de potassium, et un peu moins repoussant que l'huile de foie de morue, ainsi qu'il résulte des connaissances acquises sur la matière, par suite des investigations faites assez récemment par ces habiles chimistes.

Il serait facile de distinguer cette huile de l'huile du *gadus morrhua* (*morue*), ainsi que de celles des *gadus molua* (*lingue ou morue longue*),

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, **1842**, tome XXIII, page 45.

et *carbonarius* (*charbonnier*), à sa couleur d'un jaune clair, beaucoup moins foncée que celle des poissons du genre *gadus*, du moins ordinairement, car il est des huiles de morue qui ne sont nullement chargées en couleur; à son goût et à son odeur moins désagréables, et surtout à la manière dont elle se comporte avec certains acides et avec le chlore gazeux. MM. Girardin et Preisser ont reconnu, en effet, et mes expériences m'ont fait reconnaître depuis, que l'acide sulfurique concentré colore d'abord l'huile de raie en rouge clair, puis en violet foncé, tandis qu'il produit rapidement une teinte noire sur l'huile de morue; que l'acide azotique au contraire ne change pas sensiblement la nuance de l'huile de raie, mais qu'il colore en brun orangé l'huile de morue. Ils ont reconnu enfin, et cette épreuve est la plus décisive, que le chlore gazeux ne change nullement la couleur de l'huile de raie, et qu'il colore rapidement en brun foncé les huiles de sardine, de morue, de baleine, etc., etc.

Frappé de la grande analogie qui règne entre les huiles de poisson, qu'elles résultent du mélange des graisses liquides de la baleine, du cachalot, du dauphin et autres cétacés, comme les huiles de poisson du commerce, ou seulement de la raie, de la morue; frappé, dis-je, de cette analogie, j'ai dû penser que la préférence accordée jusqu'à ce jour à l'huile de foie de morue ne tenait à aucun fondement solide, rien dans les auteurs n'en donnant aucune explication. Pour que cette préférence m'eût paru fondée, il eût fallu que des expériences chimiques à l'appui fussent venues la justifier; or, rien, que je sache, n'a été tenté dans ce but. Aucun fait ne prouve effectivement que la constitution chimique de l'huile de poisson diffère de celle de l'huile de foie de morue; qu'il y ait plus d'iodure de potassium dans l'une que dans l'autre, s'il est vrai toutefois que les propriétés de ces huiles soient dues exclusivement à cet agent. Il est reconnu que l'huile de foie de morue est assez ordinairement moins repoussante que l'huile de poisson; cependant il faut admettre des exceptions, qui, comme je l'ai dit, ne permettent d'établir aucune distinction entre elles, et qui déposeraient quelquefois plutôt en faveur de cette dernière, s'il fallait invoquer la considération qui ne se rattache qu'aux caractères physiques de ces produits.

D'après ce qui précède, il est naturel de penser que des analyses comparatives seraient indispensables pour résoudre une question qui, jusqu'à présent, n'a rien que de problématique; toutefois, je crois pouvoir en tirer des conclusions favorables pour l'huile de poisson du commerce, qui peut me paraître tout aussi recommandable, lorsqu'elle est de bonne qualité, que les huiles de raie et de morue, et dont le prix

modique pourrait permettre aux classes pauvres, parmi lesquelles se trouvent la plupart des scrofuleux, des rachitiques, de recourir sans difficulté à un moyen qui me semble appelé à leur rendre d'assez grands services, si je dois en juger par les effets tout à fait surprenants que l'huile de foie de morue a opérés sous mes yeux, dans certains cas presque désespérés. Ces analyses que j'appelle de tous mes vœux, je les ai tentées dernièrement avec l'intention de les poursuivre jusqu'au bout; mais elles m'ont paru présenter des difficultés qui se concilient si peu avec les opérations forcées du laboratoire, que je me suis vu contraint de remettre ce travail à une époque plus éloignée...

S'il est reconnu plus tard que les huiles de baleine et autres recèlent à peu près autant d'iodure que celles de raie et de morue, elles doivent, ce me semble, entrer dans le domaine médical, peut-être à l'exclusion de ces dernières, eu égard à leur faible valeur commerciale, qui rendrait toute fraude impossible, et favoriserait, je le répète, l'usage d'un moyen qui peut être beaucoup plus profitable aux basses classes qu'à celles qui ont peu à s'inquiéter du prix d'un médicament. C'est à MM. Preisser et Girardin qu'il appartiendrait plus particulièrement de s'occuper de cette question, l'habitude qu'ils ont contractée de ce genre d'analyse leur permettant d'en obtenir la solution sans beaucoup de difficultés. La chaleur avec laquelle ces Messieurs épousent les causes qui présentent un intérêt scientifique réel me fait présumer qu'ils combleront cette lacune avec tout le succès que nous avons lieu d'espérer de leur zèle et de leur talent.

Au surplus, la question de savoir si toutes les huiles de poisson contiennent de l'iodure de potassium n'est peut-être pas la seule qui offre de l'intérêt : il y aurait aussi à examiner, d'après mon opinion, si les propriétés de ces huiles dépendent uniquement de la présence de ce sel. Sans vouloir nier l'utilité d'un tel agent, je pense que, quel que soit son état de division ou particulier dans les huiles qui le recèlent, il ne saurait constituer à lui seul la puissance d'action qui caractérise ces mêmes huiles. En effet, ne serait-il pas plus naturel de croire que c'est à la réunion des principes qui composent ces graisses liquides que sont dues leurs vertus? La quantité relative d'iodure que peuvent fournir ces produits est tellement minime, que j'ai peine à croire que l'état particulier dans lequel il se trouve puisse rendre suffisamment raison des effets quelquefois extraordinaires que produisent ces corps sur l'organisme.

L'iodure de potassium est, sans nul doute, un puissant auxiliaire, s'il n'est l'agent principal; mais, tout en lui reconnaissant des propriétés peu communes, il pourrait être abusif de lui attribuer celles qui

appartiennent aux huiles qui nous occupent. Il est plus sage, à mon avis, de se renfermer dans le doute que de se prononcer prématurément sur une question qui ne peut être résolue affirmativement qu'après une longue série d'expériences dirigées dans ce seul but.

NOUVELLE FORMULE POUR LA PRÉPARATION DU SPARADRAP GOMMÉ.

Rien de si précieux que le bon sparadrap dans la pratique de la chirurgie, et cependant rien de si difficile à se procurer; trop mou ou trop dur, trop récemment ou trop anciennement préparé, il y a presque toujours quelque reproche à adresser à cette sorte de toile emplastique. C'est donc rendre un vrai service aux praticiens que de leur faire connaître une bonne formule, et nous croyons que la suivante, que nous trouvons consignée dans le dernier numéro du journal de chimie médicale, fournit un médicament qui l'emporte sur les sparadraps adhésifs employés jusqu'ici. C'est d'ailleurs à l'expérience qu'il faut en appeler pour ratifier le jugement que nous en portons ici; car elle seule, en pareille matière, peut assigner aux diverses préparations pharmaceutiques le rang qu'elles doivent définitivement occuper dans l'arsenal du thérapeutiste.

Cette formule, due à M. Dedé, pharmacien aide-major au Val-de-Grâce, est usitée depuis peu dans cet hôpital pour la confection des toiles emplastiques ou écussons.

Prenez : Gomme arabique concassée. . . 200 grammes.
Eau commune. . . . . 250 —
Faire dissoudre à froid, puis ajouter :
Sucre blanc. . . . . 100 —

Après la solution complète de ce dernier, passer le soluté à travers un linge serré et le recevoir dans un mortier de marbre, ajouter par fraction, et en agitant vivement à l'aide d'un pilon,

Huile d'amandes douces . . . . 100 grammes.

Continuer d'agiter jusqu'à ce que le mélange soit parfaitement homogène, et offre l'aspect le plus blanc possible.

Ce mélange, qui est de consistance sirupeuse, doit être étendu, au moyen d'une brosse plate, sur une toile préalablement bien tendue à l'aide d'un châssis. Lorsque la première couche est bien sèche, on en applique successivement deux autres, toujours avec la précaution de ne le faire qu'après la dessiccation parfaite de la précédente.

On obtient ainsi une toile qui devient fortement adhésive si on la mouille légèrement.

Les proportions indiquées dans la formule sont suffisantes pour la préparation d'une bande de calicot d'un mètre de longueur sur quatre-vingt-dix centimètres de largeur.

FORMULE PRIMITIVE DE L'EAU DE MÉLISSE SPIRITUEUSE, DITE EAU DES CARMES.

L'alcoolat de mélisse composé, dit *Eau des Carmes*, a subi le sort commun à toutes les préparations pharmaceutiques que nous a léguées l'ancienne polypharmacie; il a été successivement modifié par les auteurs qui nous l'ont transmis, et aujourd'hui il constitue un médicament qui diffère assez notablement de ce qu'il était dans le principe. Il n'est donc pas sans intérêt de connaître quelle était, au juste, sa formule, alors qu'il était préparé par les religieux qui lui ont donné leur nom.

Un pharmacien de Langres, M. Baudot, l'a trouvée dans un cahier de notes écrit de la main de son grand-père, alors que ce dernier étudiait en pharmacie à Paris, dans les premières années du dernier siècle : cette formule lui avait été donnée par le *frère Damien, carme déchaussé du couvent du faubourg Saint-Germain*. La voici telle qu'elle se trouve dans le dernier numéro du journal de chimie médicale, auquel M. Baudot l'a adressée :

PRENEZ :	Feuilles de mélisse fraîches. . .	Man. iij (3 poignées).
	Écorces fraîches de citron. . .	āā ℥j (30 gram.); le tout coupé ou concassé.
	Noix muscades.	
	Semences de coriandre	
	Girofles	
	Cannelle.	
	Vin blanc très-généreux. . . .	āā ℔ ij (un litre.)
	Esprit-de-vin rectifié	

On introduit le tout dans une cucurbite de verre; on lute avec soin, et, après une macération de vingt-quatre heures, pendant laquelle on a eu le soin d'agiter de temps à autre, on distille au bain de sable pour retirer deux livres de produit.

SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE, ENVISAGÉE AU POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE.

M. de Jongh a analysé récemment les trois variétés d'huile de foie

de morue que l'on connaît dans le commerce, savoir : l'huile de foie blanche, l'huile brune et enfin l'huile noire.

Ces huiles, qui avaient été expédiées directement de Berghen, lui ont fourni, entre autres principes qui n'y avaient pas encore été signalés, du chlore, du brôme et du phosphore.

L'existence de trois corps doués de propriétés aussi énergiques doit, sans aucun doute, être prise en considération pour expliquer l'influence de ces huiles sur l'organisme dans certains cas pathologiques, et il est désormais impossible d'attribuer cette influence thérapeutique à l'iode seulement, comme on avait l'habitude de le faire jusqu'ici.

Quant à l'iode, M. de Jongh en a trouvé, dans les huiles qu'il a analysées, une proportion beaucoup plus forte que celle qui a été signalée, par MM. Girardin et Preisser, dans l'huile de foie de morue, et plus récemment, par M. Gobley, dans l'huile de foie de raie.

Un point important pour la médecine pratique, sur lequel le travail analytique de M. de Jongh jette une précieuse lumière, c'est la valeur relative des trois variétés d'huile de foie de morue. D'après les résultats obtenus par ce chimiste, l'huile blanche et surtout l'huile brune contiennent une proportion beaucoup plus forte d'iode, de brôme et de chlore, que l'huile noire ; pour le phosphore, c'est l'huile blanche qui en renferme le plus, vient ensuite l'huile brune et en dernier lieu l'huile noire. On voit donc que la dernière variété commerciale, l'huile noire, doit être repoussée par les thérapeutistes. Quant aux deux autres, on devra donner la préférence à l'huile blanche, lorsque l'on voudra avoir l'effet excitant du phosphore, tandis que l'huile brune méritera d'être préférée dans les cas où l'action altérante de l'iode, du brôme et du chlore sera surtout le but vers lequel tendront les efforts du praticien.

ENCORE UN MOT SUR LA PRÉPARATION DE LA MÉOECINE DE MAGNÉSIE.

Nous avons donné, dans notre numéro du mois d'août dernier(1), une formule pour l'emploi de la magnésie comme agent purgatif.

On a reproché à cette formule de fournir un produit qui se solidifie après quelques jours de préparation, et cela en raison de la solidification de l'eau par la magnésie, ou plutôt par suite de l'hydratation de cette dernière.

M. Gobley conseille, dans le dernier numéro du Journal de chimie médicale, de suivre les doses que nous avons indiquées, seulement dans les cas où la médecine de magnésie devra être prise dans moins de trois

(1) Voyez tome XXV, pages 134 et 428.

jours ; mais lorsque la potion devra être conservée plus longtemps, il est, suivant lui, indispensable d'augmenter la proportion de l'eau qu'on y fait entrer, et voici les doses qu'il propose d'adopter en cette circonstance :

Prenez : Magnésie calcinée.	8	grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. . . .	30	grammes.
Eau distillée.	87	grammes.

M. et F. S. A.

Nous ne voyons aucun inconvénient à suivre ce conseil, car la proportion de la magnésie reste toujours la même, et, par conséquent, la préparation a toujours le même degré d'activité.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

BONS EFFETS DES CATAPLASMES DE JUSQUIAME DANS UN CAS DE HERNIE ÉTRANGLÉE.

En parcourant le *Bulletin Thérapeutique*, j'y ai trouvé plusieurs articles relatifs aux hernies étranglées, dans lesquels il est question de l'emploi de la jusquiame dans la réduction de cette maladie; permettez-moi de vous transmettre à cet égard l'observation suivante :

Une cuisinière âgée d'environ trente-six ans portait, depuis plusieurs années, une hernie dans l'aine gauche, lorsque le 23 janvier dernier, à 10 heures du soir, son bandage se rompit en faisant des efforts pour soulever un fardeau. Les signes de l'étranglement ne tardèrent point à se développer; le lendemain, les symptômes s'aggravèrent. Je fus appelé à 2 heures après midi ; je trouvai le ventre tendu ; il y avait de fortes coliques et des vomissements fréquents. — Je fis appliquer dix sangsues sur la tumeur, des cataplasmes, et donner des lavements; quelques heures après, je tentai la réduction, mais inutilement encore. Le lendemain, les symptômes persistant avec toute leur gravité, je fis plonger la malade dans un bain tiède où elle resta une heure; je tentai ensuite de nouveau la réduction, mais elle n'eut pas plus de succès que la première fois. Les vomissements devenant plus fréquents, je fis alors couvrir la tumeur inguinale d'un cataplasme de feuilles de jusquiame ; c'était à 10 heures du soir. A la suite de cette application, la malade s'endormit pendant deux heures ; à son réveil,

les vomissements devinrent plus rares, et il y eut infiniment moins de sensibilité dans la tumeur ; cette amélioration me détermina à continuer la même médication, c'est-à-dire les cataplasmes de jusquiame toute la journée du lendemain. Les vomissements, pendant cette journée, cessèrent totalement ; la tumeur devint très-souple. Enfin, sous l'influence de ce traitement, tous les accidents d'étranglement disparurent même avant la réduction de la hernie, laquelle s'opéra à ma troisième tentative avec la plus grande facilité.

Clacys, D. M.
à Bergues (Pas-de-Calais).

SUR LES FRACTURES INCOMPLÈTES DES OS LONGS. — NOUVELLE OBSERVATION.

Dans le dernier numéro de votre excellent journal, vous avez rapporté l'analyse d'un mémoire de M. Thore sur les fractures incomplètes des os longs. Cette lésion arrive assez souvent, et beaucoup de médecins l'ignorent, sans doute parce qu'ils se sont contentés de consulter un auteur qui n'admettait pas ces fractures. Je ne puis comprendre que Boyer, malgré sa vaste expérience, ait pu nier cette sorte de fractures. Sans doute que M. Boyer fils, dans la nouvelle édition du *Traité des maladies chirurgicales*, qu'il publie actuellement, fera disparaître cette erreur commise par son père.

Aujourd'hui, il n'est pas permis à un médecin de la révoquer en doute. J. L. Petit, *Mal. des os*, tome II, page 9, admet les fractures incomplètes aux os du crâne, des hanches, à l'omoplate et aux os des membres chez les enfants rachitiques. M. Fabre, dans le *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, tome IV, page 269, admet aussi ces fractures, puis il ajoute : « d'autres recherches sont nécessaires pour compléter les connaissances sur cette espèce de fractures. » MM. Velpeau et A. Bérard, auteurs de l'article Fractures, du *Dictionnaire de médecine* en 25 volumes, disent : « Une autre division des fractures rejetée par Boyer, démontrée pour nous par l'inspection de plusieurs pièces pathologiques que nous avons vues ou recueillies, a été justifiée par des expériences faites par Meding, cité par Chelius, par M. Marjolin et par M. Campaignac.

Voici une nouvelle observation qui vient corroborer cette opinion :

Au mois d'août 1841, je fus appelé pour visiter l'enfant Albert, de Bagneux, près Saumur, âgé de onze ans, d'une forte constitution ; il venait de tomber de la hauteur de 7 à 8 pieds sur le poignet gauche, qui avait porté tout le poids du corps. En l'examinant, je remarquai

que l'avant-bras, de ce côté, présentait à sa partie antérieure une courbure située à six centimètres au-dessus du poignet, offrant une concavité antérieure très-remarquable ; en arrière, on sentait une convexité sans inégalité ; il n'y avait aucune crépitation. Je diagnostiquai néanmoins une fracture incomplète des os de l'avant-bras. Un de mes confrères de Saumur, qui avait été appelé avant moi, nia qu'il y eût fracture, et regardait comme impossibles les fractures incomplètes ; je lui répondis qu'il n'y avait aucun inconvénient à faire l'extension et la contre-extension, comme s'il y avait fracture complète ; que pour moi il était évident qu'une fracture incomplète existait. Des efforts furent faits et rendirent au membre sa rectitude normale. J'appliquai le bandage ordinaire des fractures de l'avant-bras et le maintins pendant trois semaines environ. Au bout de ce temps, le membre était parfaitement droit et n'offrait aucune trace de cal. Aujourd'hui, avril 1844, le membre est toujours droit, et l'enfant s'occupe aux travaux de la campagne.

Bouchard, D. M.
à Saumur (Indre-et-Loire).

BIBLIOGRAPHIE.

Anatomie et Physiologie du système nerveux de l'homme et des animaux vertébrés, ouvrage contenant des observations pathologiques relatives au système nerveux, et des expériences sur les animaux des classes supérieures ; par M. Longet, D. M. P., *professeur d'anatomie et de physiologie, etc. ;* 2 vol. avec pl.

Par plusieurs mémoires intéressants que M. le docteur Longet a successivement publiés sur la physiologie expérimentale, ce médecin a su tout d'abord conquérir une place distinguée parmi les physiologistes contemporains. Circonscrivant ensuite davantage l'objet de ses travaux, il s'est borné à des recherches expérimentales et pathologiques sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. L'ouvrage important qu'il publie aujourd'hui contient le résultat de ses laborieuses recherches.

L'attrait particulier qui porte les esprits vers l'étude des actes mystérieux dévolus à cet appareil de l'organisme vivant, a donné naissance à un grand nombre de travaux sur ce point de la science de la vie. La première tâche de l'écrivain qui entre dans cette voie est donc d'analyser et de juger ces travaux , afin de déterminer les lacunes de la

science, et de s'efforcer de combler celles-ci par ses propres recherches. Dans toutes les questions importantes que M. Longet a soulevées dans son livre, il s'est livré à cette critique, et l'a fait constamment avec bonheur. La critique n'est point ici une œuvre simple de jugement, un pur travail de cabinet ; une telle critique, dans l'état actuel de la science, ne peut se faire qu'à force d'expérimentations difficiles, multipliées, d'observations les plus délicates. Tous les physiologistes, et nous n'entendons parler ici que de ceux qui ont fait des sciences physiologiques une étude spéciale, ne sont point aptes à de pareilles études ; il faut, pour s'y livrer avec fruit, en outre d'une disposition d'esprit particulière, d'une grande sagacité, et d'une grande fermeté de jugement, une certaine dextérité manuelle, dont tous les hommes sont loin d'être doués. M. Magendie a longtemps joui parmi nous du privilége de ce génie expérimental, pouvons-nous dire, bien que cette expression rende inexactement notre pensée ; aujourd'hui, on peut le dire hautement, et avec un certain orgueil pour la science, il a un émule dans M. le docteur Longet, et il n'est point douteux que le professeur du Collége de France ne s'empresse de le reconnaître, et de l'en féliciter dans l'intérêt de la belle science qu'il cultive avec une fortune si brillante.

Une des questions les plus importantes que l'auteur ait eu à traiter dans la publication dont nous nous occupons en ce moment, est celle qui est relative à la distinction, dans le système nerveux, des appareils de la sensibilité, et de ceux du mouvement, et du mode d'action des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs. Aussi M. Longet a-t-il traité largement cette question. La discussion étendue, lumineuse qui se rattache à cette question, est divisée en deux parties distinctes. Dans l'une, les opinions, les expériences, les observations des auteurs nombreux qui, depuis Galien jusqu'à l'Italien Panizza, ont touché à cette question, sont tour à tour soumises au contrôle d'une critique rigoureuse. Dans une seconde partie, l'auteur expose ses propres affirmations. Malgré la multiplicité des assertions souvent opposées, des expérimentations parfois contradictoires, des observations directes conduisant à des interprétations contestables ; en un mot, malgré la variabilité du tableau qui se déroule sous les yeux du lecteur, tout ceci est conduit, exposé avec une telle méthode, une telle lucidité, qu'on suit l'auteur pas à pas, et sans se lasser, parce qu'on sent qu'on a en lui un guide sûr, avec lequel on ne saurait se fourvoyer. Pour nous, nous l'avouerons, nous n'avons pas trouvé beaucoup de ciceroni aussi habiles que l'est M. Longet, à dissimuler à ceux qu'il guide la longueur du voyage. Voici, d'ailleurs, au terme de celui-ci, dans la direction que nous venons d'indiquer, le point où il s'arrête : « En résumé, les faits les plus exacts et

les mieux observés établissent cette vérité fondamentale de la physiologie : dans le système nerveux, les nerfs du mouvement sont aussi distincts de ceux de la sensibilité, que dans le système circulatoire les vaisseaux à sang rouge sont distincts des vaisseaux à sang noir. »

Nous croyons, nous aussi, que désormais ce dogme physiologique est aussi inattaquable qu'aucune affirmation scientifique, et nous pensons que les recherches particulières de M. Longet, ses observations, ses expériences, auront contribué pour leur part à l'institution de ce point de doctrine. Toutefois, hâtons-nous d'ajouter avec lui que si cela est démontré expérimentalement pour les nerfs rachidiens, il n'en est plus de même pour les nerfs intra-crâniens, auxquels cette loi ne peut s'étendre qu'en usant à leur profit de la méthode d'induction analogique. Arrivera-t-on jamais par l'intuition directe à la constatation de cette loi, à cette profondeur du système nerveux? Nous ne le pensons pas. L'encéphale proprement dit plonge trop directement dans la vie morale, dans le foyer de l'activité intérieure; les facultés sont ici trop intimement mêlées, les actes sont trop solidaires les uns des autres, pour que l'instrument matériel même de ces facultés et de ces actes puisse se fractionner, se désunifier d'une manière appréciable pour nous...

Bien d'autres questions sont encore étudiées par l'auteur; nous voulons au moins les indiquer : il s'occupe successivement du développement du système nerveux, de la structure intime de ce système, de la composition chimique et de la force nerveuse. Là, partout M. Longet épuise véritablement la science par une critique aussi large que judicieuse, en même temps qu'il sème çà et là des aperçus véritablement originaux. Vient ensuite l'histoire particulière de l'axe cérébro-spinal, des nerfs rachidiens, des nerfs crâniens, du grand sympathique, et enfin un parallèle un peu incomplet entre le système nerveux des animaux invertébrés et celui des vertébrés.

Comme on le voit, des sujets aussi variés doivent appeler de nombreuses et laborieuses discussions; sur tous ces points, M. Longet se tient à la hauteur des questions : il nous est impossible d'indiquer ici, même sommairement, les solutions auxquelles il arrive; mais chacun pressent l'importance de celles-ci, et voudra les connaître. Nous promettons à tous ceux qui liront l'ouvrage important de M. le docteur Longet, plaisir et profit; c'est une bonne fortune que n'offre pas tous les jours la presse médicale contemporaine, malgré sa luxuriante fécondité.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Sur quatre cas de pemphigus aigu suivis de paralysie. — Nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire du pemphigus. Nous voulons seulement fixer l'attention sur une terminaison grave de cet exanthème, qui n'a été notée, que nous sachions, par aucun auteur: la paralysie. Le pemphigus aigu est une affection assez rare; M. Rayer n'en a vu qu'un petit nombre d'exemples. Cette affection, nommée aussi fièvre bulleuse, fièvre pemphigode, est souvent le résultat d'une modification spéciale, soit passagère, soit spéciale, de l'économie. L'éruption des bulles est quelquefois précédée de symptômes généraux, tels que langueur, malaise, lassitudes, nausées, mouvement fébrile. On a dit que cette affection était plus rare chez les femmes que chez les hommes; cela ne s'accorde guère avec les observations de Joseph Frank, ni avec les faits que nous allons rapporter, car sur quatre malades qui ont présenté la complication de paralysie qui fait l'objet de cette note, on trouve trois femmes et un seul homme. Ces observations préliminaires posées, voici les faits dont nous devons la communication à M. Gabalda, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Au n° 44 de la salle Sainte-Marthe, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Émery, se trouve en ce moment encore couchée Théoline Bouvet, cuisinière, âgée de vingt-quatre ans. Elle est à l'hôpital depuis le 25 février 1844, bientôt trois mois. Lors de son entrée, elle présentait des bulles de pemphigus sur diverses parties du corps, dont l'invasion datait de quinze jours.

Cette femme avait joui toujours d'une bonne santé. Ses menstrues avaient coulé régulièrement depuis l'âge de dix-sept ans, époque à laquelle elles avaient paru pour la première fois. Quelques jours avant le commencement de sa maladie actuelle, elle souffrait beaucoup de tumeurs hémorrhoïdales; elle alla consulter un médecin qui fit l'excision des tumeurs et cautérisa plusieurs fois les surfaces avec le nitrate d'argent. Peu de jours après cette opération, il se manifesta, après un malaise et de la fièvre, sur les cuisses de la malade quelques bulles qui avaient d'abord la grosseur d'un pois et prirent ensuite le volume d'une noisette; peu à peu l'éruption gagna d'autres régions : les bras, les épaules, les avant-bras, la poitrine au-dessous des mamelles, en furent le siége. L'éruption régnait encore dans ces derniers points au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, le 25 février. Il y avait de la fièvre, une cuisson très vive dans les bulles rompues, et de fortes démangeai-

sons lorsque de nouvelles bulles se développaient. Dès son entrée on fit prendre à la malade un bain émollient, et on saupoudra les bulles avec de l'amidon. Une saignée du bras fut ordonnée à cause de la fièvre, mais elle ne put être pratiquée d'une manière satisfaisante, parce que le pli du bras était envahi par l'éruption. 80 sangsues furent appliquées en trois fois. La fièvre et les autres symptômes inflammatoires finirent par céder à ce traitement; mais l'éruption de bulles nouvelles a continué à se faire pendant deux mois environ.

Au commencement du mois d'avril la malade a senti que ses forces diminuaient singulièrement, ce qu'elle regardait comme un résultat de sa maladie. Mais cette prétendue diminution des forces, qui se faisait sentir plus particulièrement dans les membres supérieurs, était un commencement de paralysie. Celle-ci a fait des progrès rapides, et bientôt les bras ont été incapables de tout mouvement. La paralysie a marché de l'épaule vers l'extrémité inférieure des membres : les bras, d'abord privés de mouvement, puis les avant-bras, et enfin les mains et les doigts. La sensibilité a été, pendant quelques jours, un peu obtuse, mais cette fonction est bientôt revenue à son état normal. Quant aux membres inférieurs, la malade les trouve, dit-elle, un peu engourdis, mais elle a toujours pu les faire mouvoir.

Aussitôt que l'éruption a été terminée, à peu près vers le 20 avril, on a commencé à combattre cette fâcheuse complication : quatre moxas ont été appliqués sur les côtés de la colonne vertébrale (2 à la nuque et 2 dans la région dorsale); des frictions excitantes ont été faites sur les membres paralysés. Au bout de quelques jours, quelques mouvements obscurs ont pu être exécutés par les doigts. Aujourd'hui, 10 mai, la malade peut mouvoir la main et même soulever les avant-bras. Un nouveau moxa a été appliqué hier dans la région cervicale.

M. Émery a déjà observé, dans ses salles à Saint-Louis, trois faits semblables au précédent, où la paralysie a succédé au pemphigus; nous nous bornerons à en offrir le résumé.

I. Jeune fille de vingt-trois ans. Pemphigus aigu traité et guéri par les antiphlogistiques au début, les toniques et les ferrugineux à la fin. Cette affection a été suivie d'une paralysie qui a été traitée par les moxas appliqués sur les côtés de la colonne vertébrale (région lombaire). La malade a été guérie après un séjour de trois mois à l'hôpital. — II. Femme de trente-six ans. Pemphigus aigu suivi de paralysie générale. Mort. A l'autopsie on a trouvé toute la portion dorsale de moelle épinière très-notablement ramollie. — III. Homme très-robuste, exerçant la profession de déchireur de bateaux. Éruption confluente de pemphigus aigu, traité par les antiphlogistiques et suivi de paralysie des membres inférieurs

d'abord, puis des supérieurs. Moxas sur les côtés de la colonne vertébrale. Séton à la nuque entretenu pendant plusieurs mois. Le malade est sorti complétement guéri après un séjour de quinze mois à l'hôpital.

Injections dans la vessie avec la teinture de cantharides dans un cas de rétention et d'incontinence d'urine causées par une paralysie incomplète de l'organe. — Malgré les nombreux et excellents travaux qui existent sur les maladies des voies urinaires, il est encore un certain nombre de ces affections qui offrent une très-grande difficulté pour le diagnostic étiologique, et ici cette appréciation est des plus importantes, car d'elle dépend la guérison du malade; de sorte que le praticien le plus exercé est obligé à des tâtonnements pour arriver à connaître quelle est la cause organique qui entretient la maladie et qu'il faut atteindre. Un fait intéressant de cette nature s'est présenté à notre observation à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Lisfranc. Un homme de quarante-cinq à cinquante ans, couché au n° 20 de la salle Saint-Louis, était atteint de rétention et d'incontinence d'urine; la vessie était distendue, les urines sortaient par regorgement; il y avait évidemment paralysie de l'organe. Mais quelle en était la cause? L'obstacle à l'excrétion de l'urine tenait-il à un état inflammatoire ou nerveux du col vésical, ou à une diminution de l'action nerveuse? Ce point était important à résoudre; car si l'on attaquait la paralysie, et qu'il y eût état inflammatoire ou nerveux du col, les urines ne reprendraient pas leur cours, quelque chose qu'on fît dans cette voie. Pour s'assurer si la paralysie était primitive et indépendante de l'état du col, M. Lisfranc a eu recours à la méthode qui lui a constamment réussi chez un grand nombre de malades pour triompher quelquefois en un jour, d'autres fois en huit, dix, quinze jours, de l'état spasmodique inflammatoire du col de la vessie. Cette méthode consiste, pendant quelques jours, dans de petites saignées du bras de 90 à 120 grammes, et dans l'usage de lavements composés avec 15 centigrammes de camphre dissous dans un jaune d'œuf, 100 grammes d'eau, et au besoin quelques gouttes de laudanum. Ce traitement ayant échoué chez le malade en question, M. Lisfranc en a conclu qu'il y avait chez lui une véritable paralysie de l'action nerveuse de la vessie. Il a donc appliqué à cet état pathologique un autre traitement sur lequel nous appellerons l'attention, nous voulons parler de l'injection dans la vessie de la teinture de cantharides. Voici de quelle manière il procède : une sonde en gomme élastique est introduite dans la vessie; on introduit alors à l'orifice de cette sonde une goutte de teinture de cantharides, et l'on injecte ensuite très-lentement, et sans in-

primer le moindre mouvement à la sonde, pour éviter la contraction de l'organe, un demi-verre d'eau tiède dans la vessie. L'on comprend qu'en agissant ainsi la première portion de liquide qui entraîne la goutte médicamenteuse apporte d'abord une excitation assez forte sur la vessie, mais l'arrivée successive du reste de l'eau diminue progressivement cette excitation et l'empêche d'arriver trop loin. En mélangeant la goutte avec la totalité de l'eau, l'excitation ne serait pas suffisante. A mesure que la vessie s'habitue au contact de la teinture de cantharides, on augmente le nombre des injections et celui des gouttes; on peut aller ainsi jusqu'à trois injections par jour de trois gouttes chacune. Il va sans dire que l'on s'arrêterait si l'irritation devenait trop grande. Le malade dont il est question s'est parfaitement trouvé de ce traitement; il ne tache plus son lit ni son linge; il n'urine plus que deux ou trois fois pendant le jour, et cinq ou six durant la nuit. Il est presque guéri.

Nous ne terminerons pas cet article sans dire les bons effets que M. Lisfranc a retirés de demi-lavements laudanisés et camphrés dans les cas de gravelle et les cas de spasme et d'irritation inflammatoire du col de la vessie. Dans la gravelle, l'excrétion de la première moitié de l'urine s'opère facilement; ce n'est que vers la fin que les contractions de la vessie projettent les graviers vers le col de cet organe qui, irrité, s'ouvre difficilement; alors les malades urinent comme des vieillards; les urines sortent avec lenteur. Un demi-lavement, avec 6 ou 8 gouttes de laudanum et 15 centigrammes de camphre dissous dans du jaune d'œuf, calme l'irritation, le spasme, et facilite l'expulsion des graviers. Cette médication a un grand avantage, car les vessies qui ne se vident pas complétement sont bientôt affectées de catarrhe, et dans le cas de gravelle surtout c'est important, car la gravelle augmente en proportion de la difficulté de son expulsion. Dans les légers catarrhes de la vessie, où les besoins d'uriner sont si fréquents, ces lavements ont aussi une égale efficacité.

De l'utilité des purgatifs dans la constriction spasmodique du sphincter de l'anus, avec ou sans fissure. — Nous l'avons dit souvent et nous le répéterons sans cesse, il faut sauver du bistouri le plus de malades que l'on peut, car il n'est pas d'opération, quelque bénigne en apparence qu'elle soit, qui ne puisse entraîner de grands dangers, la mort même. Une très-grande dame vient de mourir ces jours derniers pour avoir voulu se faire enlever une loupe du volume d'un gros pois qu'elle avait à la tête. Malgré l'habileté bien reconnue du professeur qui l'a opérée, il est survenu des accidents qui l'ont enlevée en peu de jours. Il ne faut donc jamais faire d'opération de complai-

sance, et lorsqu'une opération paraît même indiquée, il est sage, avant de la pratiquer, qu'on ait épuisé pour l'éviter tout ce que l'art offre de ressources. Ces principes, nous le reconnaissons avec plaisir, tendent à se propager aujourd'hui parmi les chirurgiens même des hôpitaux.

Nous avons vu il y a quelque temps à la Charité, dans le service de M. Gerdy, une jeune fille qui présentait une constriction spasmodique du sphincter de l'anus des plus fortes. Cette constriction était survenue à la suite de l'excision qu'on lui avait faite à l'hospice Cochin de tumeurs hémorrhoïdales. L'orifice de l'anus ne pouvait permettre l'introduction du petit doigt; la défécation était horriblement douloureuse depuis six mois, et quelquefois la malade passait quinze jours sans aller à la selle. Il n'est pas douteux que certains chirurgiens n'eussent fait dans ce cas l'incision du sphincter, quoiqu'il n'y eût pas ici de fissure apparente; néanmoins il était facile de la guérir par des moyens très-simples : le résultat l'a prouvé. Partant de ce fait incontestable pour lui, que c'est dans la constriction spasmodique du sphincter que consiste principalement la maladie, même quand il y a fissure, et que la cause de cette constriction est évidemment dans l'irritation amenée sur la partie inférieure de l'intestin par le passage forcé des matières dures dans la constipation habituelle, M. Gerdy s'applique uniquement à combattre cette constipation par l'emploi de légers purgatifs répétés. Cette méthode unique, unie quelquefois à des suppositoires belladonés, lui a procuré la guérison d'un grand nombre de malades atteints de fissures à l'anus, que dans un autre temps on aurait soumis à l'instrument tranchant. Ce traitement n'est pas seulement palliatif, comme le pensait Boyer; on a pu observer dans les salles de la Charité un assez bon nombre de guérisons solides pour mériter l'attention des médecins, et les engager à avoir recours à un traitement inoffensif plutôt qu'à une opération douloureuse qui ne manque pas d'avoir quelque gravité. La malade dont il a été question éprouvait les douleurs les plus vives, beaucoup de chaleur et de cuisson, qui duraient plusieurs heures après chaque garderobe; elle ne pouvait rester assise sans augmenter ses douleurs; une bouteille d'eau de Sedlitz lui fut donnée, et l'on appliqua un suppositoire belladoné. La première selle fut très-douloureuse, mais les quatre qui suivirent le furent de moins en moins. Le même laxatif fut administré les jours suivants, de manière à provoquer assez fréquemment l'expulsion des matières fécales; on a continué ainsi jusqu'au dix-huitième jour, époque où les selles devinrent journalières sans le secours des purgatifs. Cette malade est restée encore quinze jours dans les salles, la fonction s'opérant naturellement, et elle est sortie enfin parfaitement guérie, et n'éprouvant plus ni gêne ni douleur à l'anus.

Hypertrophie chronique de la rate, prise pendant plusieurs années pour une maladie du cœur et guérie par le sulfate de quinine. — Il ne peut venir à l'esprit de personne de révoquer en doute les avantages inappréciables que l'on retire chaque jour des moyens précis de diagnostic, tels que l'auscultation et la percussion, précieuses conquêtes de ce siècle; et la postérité médicale sera reconnaissante à jamais envers Laennec d'abord, envers Avenbrugger, Corvisart et M. Piorry ensuite. Ce dernier, en effet, prenant en germe la percussion, telle que nous l'avaient laissée les deux premiers, en a étendu les limites, en a perfectionné l'application; il s'efforce de former chaque jour des élèves capables de transmettre sa science plessimétrique; car, en effet, sous le doigt de M. Piorry, le plessimètre est une science; il y a certainement un peu d'exagération dans tout ce qu'il veut lui faire dire; mais il faut reconnaître que nous lui avons vu porter sur l'état des organes intérieurs des jugements d'une sagacité extraordinaire, et qui ont été justifiés par l'autopsie. Le fait suivant n'offre pas un de ces exemples extraordinaires, mais il met en lumière cependant le parti que l'on peut tirer de la connaissance du volume des organes pour redresser ou confirmer un diagnostic déjà porté, et modifier en conséquence le traitement. Assurément, le malade dont il va être question a dû sa guérison d'une affection longue et rebelle, aux déductions pratiques qu'a permises la percussion bien faite, telle que la pratique M. Piorry.

Nous avons vu couché au n° 7 de la salle Saint-Raphaël, à la Pitié, un homme qui depuis plusieurs années était traité pour une affection organique du cœur. Il éprouvait de la dyspnée et des palpitations; il avait un peu d'œdème des membres inférieurs; en appliquant la main sur le cœur, il semblait que les battements eussent une plus grande étendue que dans l'état normal. Cet homme avait subi divers traitements: des saignées générales et locales, des vésicatoires volants, les calmants de toute espèce : rien n'avait amené aucun amendement. L'auscultation n'ayant révélé rien de particulier, aucun bruit anormal, et l'examen plessimétrique n'ayant donné à M. Piorry pour résultat qu'un volume ordinaire du cœur, qui seulement était fortement dévié en haut et à droite, les recherches furent portées plus loin, et l'on trouva en effet à la percussion que la rate avait sept pouces dans le sens vertical, plus de cinq pouces d'arrière en avant et une très-grande épaisseur; son développement avait lieu surtout en haut : elle remontait jusqu'à plus d'un demi-pouce au-dessus du mamelon. Le diaphragme était ainsi élevé et le cœur déplacé par le volume de cet organe, ce qui expliquait la gêne de la respiration et le trouble circulatoire. Mais il manquait à ce diagnostic

la vérification thérapeutique. C'est pour cela que ce malade fut mis à l'usage du sulfate acide de quinine à forte dose, 2 grammes, je crois, par jour. Dès le deuxième jour on constata une diminution notable de la rate ; cette diminution augmenta progressivement sous l'influence du remède ; enfin, au bout de huit jours, elle était revenue à l'état normal : le diaphragme et le cœur avaient repris leur situation naturelle ; la dyspnée, les palpitations, le malaise général, enfin tous les symptômes apparents de la maladie du cœur avaient disparu ; il ne restait plus que l'œdème des membres inférieurs, que le repos seul devait faire disparaître.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT (*De l'influence du sexe de l'enfant sur la facilité de l'*). Le savant professeur d'obstétrique de l'université d'Edimbourg, M. le docteur Simpson, a communiqué à la Société médico-chirurgicale de cette ville un grand travail statistique, duquel il résulte pour lui que le sexe de l'enfant a une influence très-marquée et très-facile à démontrer sur la terminaison heureuse de l'accouchement, tant pour la mère que pour l'enfant. La différence est toute en faveur des filles; il faut, selon ce médecin, attribuer ce résultat à la différence légère il est vrai, mais bien réelle, que présente la tête chez les nouveau-nés du sexe masculin et du sexe féminin.—Nous livrons cette observation à l'attention des accoucheurs. (*Edimb. journ. of. med. sci.* et *Revue méd.*, avril 1844.)

AMPUTATION *de la cuisse dans l'articulation iléo-fémorale.* M. le docteur Handyside, chirurgien de l'infirmerie royale d'Edimbourg, a pratiqué au mois de juin 1843, dans cet établissement, l'amputation de la cuisse dans l'articulation iléo-fémorale pour une affection cancéreuse de la cuisse, et cette opération a parfaitement réussi. Le malade était un jeune garçon de quatorze ans, affecté depuis six ans de douleurs dans la cuisse, survenues à la suite d'une scarlatine. L'os n'avait cependant commencé à se tuméfier qu'au mois de décembre 1842. A partir de ce moment il augmenta rapidement de volume, et lors de l'opération il était fort considérable. L'ablation du membre se fit sans difficultés et ne prit que deux minutes. Le chirurgien fit un lambeau antérieur et un lambeau postérieur. Les ligaments et les surfaces articulaires étaient sains ; mais la tête et le col du fémur avaient subi une absorption interstitielle assez avancée. La plaie de l'amputation se réunit en grande partie par première intention, et ce jeune malade put quitter l'hôpital six semaines après l'opération. Mais deux mois après, l'affection cancéreuse se reproduisit, notamment sur le moignon et, même dans la cicatrice; des tumeurs d'aspect fongueux s'y formèrent, desquelles s'écoulait une sérosité rougeâtre, et le malade succomba aux suites de cette affection cancéreuse qui avait également porté son action sur l'œil gauche et l'orbite de ce côté. (*Edimb. journ. of. méd. sci.* et *Rev. méd.*, avril 1844.)

CALCULS BILIAIRES *expulsés par le rectum, à la suite de la communication de la vésicule et du tube intestinal.* Les calculs biliaires ne pénètrent pas toujours dans le duodénum par le canal cholédoque. Il peut arriver que la vésicule du fiel, distendue par des concrétions biliaires, contracte des adhérences avec diverses parties du canal intestinal, et qu'à la suite une perforation spontanée des deux organes établissant entre eux une communication directe, les calculs puissent pénétrer dans l'intestin et être rendus par les fèces. Plusieurs observations de cette

nature sont consignées dans les annales de la science. En voici deux autres communiquées par le docteur Genin.

Une femme de trente-cinq ans, après avoir éprouvé divers accidents du côté de l'estomac, déterminés par l'ingestion fréquemment répétée d'eau de mare, de vomitifs et de purgatifs énergiques, fut enfin atteinte d'une tumeur dure, circonscrite, un peu oblongue, douloureuse surtout à la pression, située dans l'hypocondre droit, immédiatement au-dessus des fausses côtes. En même temps la malade était affectée de jaunisse, de nausées, de vomissements, de douleurs vives à l'épigastre, de soif, de constipation et de fièvre; les urines étaient rares et foncées en couleur; les matières fécales présentaient une décoloration marquée. L'administration de la manne donna lieu à l'évacuation d'une quantité considérable de matières fécales, dont la sortie s'accompagna du bruit de la chute dans le vase de nuit, de corps semblables à de petits cailloux; c'étaient quatre calculs biliaires, de la grosseur et de la forme de dés à jouer ordinaires. Dès ce moment la malade éprouva un soulagement remarquable, et la tumeur s'affaissa rapidement, devint flasque et sembla comme trouée dans son centre; dès lors aussi, des selles bilieuses eurent lieu fréquemment.—A l'autopsie, on constata que la tumeur était le résultat de l'adhérence du fond de la vésicule du fiel avec le côlon, et qu'une ouverture fistuleuse entretenait une communication entre les cavités de ces deux viscères, ce qui explique les selles bilieuses rendues pendant la vie.

La seconde observation est relative à un jeune sous-officier, qui, après avoir été tourmenté pendant dix-huit mois par une fièvre tierce, contre laquelle on employa les émétiques, les purgatifs, le quinquina, les amers, fut pris d'accidents gastriques intenses, de jaunisse, et qui succomba au milieu des accidents d'une fièvre de consomption. A l'autopsie on trouva l'estomac rétracté et ramolli. La vésicule du fiel adhérait fortement au duodénum; en cet endroit, les parois adhérentes présentaient une ouverture de près d'un demi-pouce de diamètre. Le fond du réservoir de la bile contenait deux concrétions bilieuses grosses comme le bout du petit doigt. (*Journal de Méd. et de Chirurg. prat.*, mars 1844.)

CATARACTE (*De l'opportunité de l'opération de la*). Faut-il pratiquer l'opération de la cataracte sur un seul œil, sans attendre que la cataracte soit formée dans l'œil opposé? Cette question, essentiellement pratique, a été l'objet de nombreuses controverses, et sans pour cela avoir reçu une solution définitive. Il est vrai de dire cependant que l'opinion la plus généralement admise est de s'abstenir d'opérer un œil, d'ailleurs parfaitement cataracté, tant que l'autre est sain, ou tant que la cataracte n'y est point assez avancée pour que la vision soit entièrement abolie. Les raisons que l'on fournit à l'appui de cette manière de voir sont les suivantes: 1° le cristallin étant détruit du côté que l'on aura opéré, les deux yeux n'ont plus la même force de réfraction; de là résulte un trouble dans la vision, et quelquefois même du strabisme ou de la diplopie. 2° L'opération expose non-seulement l'œil opéré aux chances d'une inflammation qui peut en déterminer la perte, mais elle compromet parfois l'œil sain. 3° En opérant successivement, d'abord un œil, puis l'autre, après un temps assez long pour que la cataracte ait pu s'y compléter, on fait courir au malade deux fois les chances d'accidents graves pour chaque œil. 4° En opérant successivement chacun des yeux, il arrive souvent qu'on les perd tous les deux, tandis que si on opère des deux côtés le même jour, et s'il survient des accidents, il est fort rare que ceux-ci ne se concentrent pas sur un seul œil, et que l'autre ne récupère pas la vue plus ou moins complétement. A ces objections que l'on fait valoir contre l'opération quand il n'y a qu'un seul œil cataracté, M. Aug. Bérard, l'auteur du travail que nous analysons, répond d'abord qu'il est loin d'être vrai que dans tous les cas il en résulte un trouble dans la vision: Maître-Jean, Wenzel, MM. Roux, Velpeau, etc., ont cité des observations qui prouvent que très-souvent la vision n'est pas gênée, malgré la modification que l'absence du cristallin a dû apporter dans la force de réfraction des milieux de l'œil. En supposant même que les individus souffrent de l'inégalité des deux yeux, on remédierait à cet inconvénient en faisant porter des lunettes pourvues d'un verre grossissant du côté opéré, et d'un verre

plat du côté opposé. Quant à l'inflammation qui de l'œil opéré peut s'étendre à l'autre œil et les compromettre tous deux à la fois, M. Bérard assure que MM. Roux et Velpeau, à l'expérience desquels il a fait appel, n'ont jamais rien observé qui puisse à cet égard inspirer des craintes sérieuses; M. le professeur J. Cloquet est le seul qui rapporte l'exemple d'un jeune homme qui devint aveugle à la suite de l'opération pratiquée d'un seul côté; la vision ne s'étant pas rétablie de ce côté et l'œil sain ayant été détruit par une fonte purulente. Ce fait exceptionnel ne paraît pas à M. Bérard de nature à faire abandonner le principe qu'il soutient, celui d'opérer dès que la cataracte est formée sur un œil, sans attendre sa maturité sur l'autre. Quant à l'avantage que l'on prétend retirer de l'opération faite sur les deux yeux en même temps, sous le rapport de l'inflammation, qui, si elle vient à se développer, se concentrera sur l'un des yeux au bénéfice de l'autre, l'observation n'a pas confirmé l'exactitude de cette manière de voir : bien souvent, au contraire, à la suite d'une double opération de cataracte, les deux yeux se perdent. Après avoir ainsi combattu les diverses objections opposées à la pratique qu'il recommande, M. Bérard expose les avantages qu'on peut en retirer et les inconvénients qui résultent de l'expectation. Supposons d'abord que l'autre œil est sain ; dans ce cas il y a impossibilité pour l'individu de bien apprécier la distance; en d'autres termes, tant que l'œil cataracté n'a pas été opéré, le malade est comme s'il était borgne; son horizon visuel est très-circonscrit, cet horizon se trouvant borné par la saillie du nez du côté cataracté: de là une protection bien moins assurée à cette moitié du corps contre les lésions extérieures; attitude vicieuse de la tête sur le tronc, le malade tournant instinctivement en avant le côté du visage qui répond à l'œil sain. Or, ces inconvénients disparaissent dès que la vue est rétablie dans l'œil atteint de cataracte. Nous avons supposé l'autre œil sain, mais il peut être atteint d'une cataracte commençante; or, si on attend la maturité de cette dernière pour pratiquer l'opération des deux yeux, on peut attendre fort longtemps et laisser l'individu soumis à un état fâcheux pendant un temps qui peut se prolonger indéfiniment, si surtout la cataracte marche avec lenteur. Mais, à côté de ces inconvénients, assez graves déjà, il se trouve des dangers réels : en temporisant jusqu'à parfaite maturité des deux cataractes, il peut se faire qu'il survienne des complications fâcheuses; de simple qu'elle était d'abord, la cataracte pourra se compliquer d'amaurose, d'adhérences de la capsule du cristallin à l'iris, etc., tandis que l'opération faite de bonne heure prévient le développement de ces complications qui enlèvent ou diminuent de beaucoup ses chances de succès. Un autre avantage de l'opération ainsi faite est parfois de prévenir le développement d'une seconde cataracte sur l'œil resté sain, ou de la rendre stationnaire, si déjà elle s'y trouvait en voie de développement. Bien plus, on la voit même quelquefois éprouver une marche rétrograde; de sorte qu'en opérant une cataracte mûre d'un côté, on agit de la manière la plus heureuse sur l'autre œil, soit qu'on détruise la fâcheuse disposition de la maladie à s'y étendre, soit qu'on rende la maladie stationnaire, soit qu'on obtienne même la guérison d'un commencement d'opacité. Tout extraordinaire que doive paraître un semblable résultat, le fait est incontestable, et les auteurs les plus recommandables, Saint-Yves, Wenzel, Mannoir, Stevenson, Weller, en ont constaté la réalité. Ce qui paraîtra plus remarquable encore, c'est que ces effets, obtenus dans l'œil non cataracté, ont lieu lors même que l'opération a échoué sur l'œil devenu aveugle. La modification imprimée par cette dernière à la vitalité du cristallin opposé n'en existe pas moins. M. Bérard assure que cette influence sympathique en vertu de laquelle la cataracte s'arrête ou rétrograde dans l'œil non opéré, se rencontre au moins dans la moitié des malades qu'on opère. Nous terminerons par un fait observé par M. Serre, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et consigné au tome VII, page 32, des *Annales d'oculistique*. Ce fait, outre qu'il prouve l'influence que les fonctions d'un œil exercent sur l'autre, intervient aussi utilement à l'appui de l'opération de la cataracte faite d'après les idées émises par M. Bérard. On sait qu'après l'opération de la cataracte exécutée d'un seul côté, la vue se perd parfois dans l'œil opéré,

quoique la pupille reste bien nette; ce genre d'amblyopie amaurotique n'est pas rare. Or, M. Serre a remarqué sur trois malades qui étaient dans ce cas, et qui avaient l'autre œil atteint de cataracte, que l'opération pratiquée sur le second œil, six mois, un an ou deux ans après la première, avait été suivie, non-seulement de la guérison de l'œil nouvellement opéré, mais encore du retour de la faculté de voir dans celui qui paraissait frappé d'amaurose. (*Annales d'oculistique*, avril 1844.)

CATARACTE TRAUMATIQUE (*Cas rare d'ossification de la capsule du cristallin dans une*). Les cas d'ossification de l'une des parties constituantes de l'œil sont assez rares pour qu'on recueille avec soin ceux qui se présentent, afin d'arriver plus tard à poser les lois pathogéniques qui président à ces transformations morbides : le fait suivant, observé à la clinique de M. Sichel, nous a paru, sous ce rapport, des plus intéressants. A la suite d'un coup reçu, il y a huit ans, sur l'œil gauche, C...., âgé de quarante-deux ans, remarqua que sa vue s'affaiblissait progressivement dans cet organe : au commencement du mois de décembre 1843, cet individu, terrassier, travaillait la tête baissée, lorsqu'il ressentit dans l'œil gauche de la douleur qui, augmentant tous les jours, le força de réclamer les secours de l'art. Le 4 janvier 1844, voici ce que l'on observe : une ophthalmie assez prononcée, qui semble entretenue par la présence du cristallin dans la chambre antérieure. Ce corps avait fait la culbute en traversant l'ouverture pupillaire, de sorte que la face postérieure touche la cornée, tandis que l'antérieure presse l'iris en arrière ; en regardant l'œil de haut en bas, on aperçoit proéminant dans la chambre postérieure une végétation très-sensible de la capsule ; le cristallin assez volumineux est opaque, d'un jaune sale comme la capsule elle-même ; son diamètre antéro-postérieur est plus développé que d'ordinaire. Il y a de plus injection vive de la conjonctive, accompagnée de photophobie et d'un larmoiement assez intense. L'injection de la conjonctive se prolonge sensiblement sur la partie inférieure de la cornée, contre laquelle repose le cristallin. L'œil est douloureux, sensible à la pression, et ne perçoit pas la lumière. Un traitement énergique fut immédiatement mis en usage, en vue de dissiper l'inflammation avant d'extraire le cristallin ; mais ce fut en vain, elle résista si bien, que l'extraction de ce corps parut à M. Sichel le plus sûr moyen d'en triompher. La section de la cornée fut faite plus petite que d'ordinaire ; le couteau pénètre difficilement dans le cristallin qui fuit devant lui. A peine celui-ci fut-il entamé, qu'une quantité considérable d'un liquide jaune et épais s'échappa de l'intérieur de la capsule, chassé par les contractions très-fortes des muscles orbiculaires. A l'aide d'une érigne à pupille artificielle introduite dans la chambre postérieure, la cataracte fut extraite en masse. Le lambeau s'appliqua parfaitement et les paupières furent fermées et maintenues à l'aide de bandelettes de taffetas d'Angleterre. Huit jours après l'œil présentait l'état suivant : la cornée est assez transparente, mais marquée à la face postérieure par de petites taches irrégulières, blanches et rouges, formées par du sang et des débris du contenu de la capsule. Par l'ouverture pupillaire, quoiqu'un peu étroite, on voit très-distinctement au fond de l'œil une concavité jaune pâle, opaque et assez lisse, ressemblant beaucoup plus, vu la grande distance de l'iris à laquelle elle est située, à une incrustation calcaire de la rétine, qu'à une ossification ou mieux à une pétrification commençante du corps vitré. Le 13 février, l'œil présentait exactement le même état, sauf que l'injection avait diminué. La cataracte extraite est une coque vide formée par la capsule, offrant des concrétions ostéiformes ou pierreuses. Sa face antérieure, légèrement bosselée, présente une végétation arrondie, élevée de 1 millimètre, et ayant environ 4 millimètres de diamètre. La circonférence de cette végétation forme un bourrelet assez épais, dû à un dépôt plus considérable de matière calcaire. La face postérieure de la capsule présente la même altération, seulement vers la circonférence on voit encore quelques points fibro-séreux et demi-transparents. Nous rappelons que c'est cette face que l'on apercevait dans la chambre antérieure, où elle était en contact avec la cornée, par suite du renversement du cristallin. L'intérieur de la capsule ne contient pas de liquide, nous avons vu celui-ci s'écouler pen-

dant l'opération; quant au cristallin, il est converti en une substance pulpeuse. (*Gaz. des Hôp.*, avril 1844.)

CERVEAU (*Guérison d'une plaie par arme à feu traversant les parties centrales du*). L'observation suivante est du très-petit nombre de celles que l'on rencontre rarement en pratique, et dont la chirurgie militaire surtout offre plusieurs exemples; l'intérêt qu'elle présente au point de vue physiologique et thérapeutique la recommande tout spécialement à l'attention de nos lecteurs. Catherine de S..., âgée de cinquante-quatre ans, reçut, le 25 janvier 1842, un coup de pistolet dans le crâne. Un quart d'heure après l'accident, les auteurs de l'observation, MM. Lievens et Ch. Demoor, virent la blessée, qu'ils trouvèrent plongée dans un sommeil léthargique. Elle avait perdu environ 160 grammes de sang par deux solutions de continuité, siégeant, l'une à la partie inférieure et postérieure droite du crâne, vers la ligne courbe supérieure de l'occipital, au point d'insertion du muscle trapèze et à 12 lignes de la ligne médiane; elle avait une forme circulaire, de 4 lignes de diamètre, et offrait des bords frangés inégaux. L'autre plaie était située à la partie supérieure droite du front, à un tiers du pouce de la ligne médiane; elle avait une forme allongée et une longueur d'environ 4 lignes. Le cuir chevelu était détaché de l'os dans une petite étendue. En pressant sur l'ouverture de ces plaies, on constatait la perte de substance dans la partie correspondante de l'os occipital et frontal. La plaie avait été produite par une chevrotine que l'on retrouva dans le bois de la porte d'entrée de la maison. Un stylet boutonné, engagé dans les plaies, n'y fit rencontrer aucun corps étranger, et prouva suffisamment que le crâne avait été traversé d'arrière en avant, de bas en haut, et un peu de droite à gauche. Immédiatement il y eut abolition complète de toutes les fonctions sensoriales et locomotrices, et abaissement marqué de la température du corps; pâleur de la face, émission involontaire des urines et des fèces; résolution complète des membres: respiration stertoreuse, pouls imperceptible. Trois heures s'étant écoulées depuis l'accident, les facultés intellectuelles se réveillèrent. La blessée put répondre aux questions qu'on lui adressait, sans pouvoir rendre compte de son accident, ne sachant pas qu'elle était blessée, n'accusant aucune douleur. Le mouvement du côté gauche revint; à droite, la paralysie persista. Le 27, deuxième jour après l'accident, la malade entra à l'hôpital civil d'Alost. Les facultés intellectuelles sont de nouveau affaiblies, la perte incomplète du sentiment et complète du mouvement persiste, ainsi que l'abaissement de température; il existe de plus une légère paralysie des muscles de l'œil et de la joue droite; perte incomplète de l'odorat; la faculté auditive est intacte. La langue et la bouche n'ont subi aucune déviation. La malade a uriné librement; pas de sommeil. Le chirurgien de l'hôpital sonde de nouveau la plaie postérieure et pénètre à la profondeur d'au moins 2 pouces; cette manœuvre fut suivie d'un léger mouvement d'expiration de la part de la malade dont la face se décomposa: dès que le stylet fut retiré, les symptômes de défaillance cessèrent. Le 28, la fièvre traumatique se déclara; on observe des douleurs fortes dans la nuque, surtout vers l'endroit de la plaie; la malade pousse des gémissements continuels; sensation de déchirement dans le côté droit de la tête; douleurs intolérables dans les membres, surtout du côté paralysé; contracture des doigts de la main droite; douleurs pulsatives et secousses comme électriques dans le côté droit de la face; les objets environnants pour la malade sont chancelants; contraction de l'orbiculaire des paupières; rétrécissement de la pupille; vue confuse; photophobie. Il y a impossibilité de se mettre sur son séant; la malade est constamment couchée sur le côté gauche; jusque-là elle avait toujours été couchée sur le dos; soif inextinguible; peau chaude, aride; pouls accéléré et contracté; les plaies ne suppurent pas. On donne pour boisson de l'eau froide; des compresses trempées dans une infusion d'arnica froide sont appliquées sur la tête et renouvelées de quart d'heure en quart d'heure. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures de la potion suivante: aconit napel, 10 centig.; eau distillée, 180 gram. Le 30, phénomènes nouveaux, raideur tétanique du dos et de la région cervicale, avec douleurs lancinantes dans cette dernière; légère oppression de poitrine, sans douleur. Toux avec expecto-

ration d'une matière puriforme ; râle muqueux. La plaie du front est fermée; les alentours en sont légèrement tuméfiés; une petite quantité de pus louable est sortie de la plaie postérieure; nulle trace de substance cérébrale mêlée au pus. Prescription : extr. de bellad., 5 centig.; eau dist., 120 gram.; à prendre une cuillerée toutes les deux heures. Du 1er au 3 février, mieux général. Tous les phénomènes apparus le 30 janvier ont cessé : on débride la plaie postérieure qui était fortement tuméfiée; elle continue à donner un pus de bonne nature ; la malade a reposé durant quelques heures; selle naturelle. Du 4 au 28 février, diminution progressive des symptômes généraux ; la malade demande des aliments; on donne une soupe au lait et du bouillon. La plaie postérieure est cicatrisée, le pouls est presque naturel. Du 1er au 9 juin, on constate une amélioration sensible dans l'état des fonctions sensoriales et locomotrices. D'abord, c'est l'intégrité des fonctions intellectuelles, ce sont les souvenirs qui reviennent; puis, c'est l'odorat, ensuite la vue; amélioration dans la sensibilité du membre inférieur droit, qui précède celle de l'extrémité droite supérieure ; puis on voit revenir le mouvement de l'extrémité inférieure droite, à ce point que la malade peut à l'aide d'un bâton marcher en fauchant. Cette amélioration progressive a été quelquefois entravée par des douleurs de tête et des contractions spasmodiques douloureuses des membres. La malade séjourna à l'hôpital jusqu'au 22 septembre 1842 ; elle en sortit alors, ne conservant de son accident qu'une paralysie du mouvement du bras droit, avec sentiment obtus et contracture des doigts, et dans les mouvements du membre inférieur du même côté, une légère gêne qui ne l'a plus quittée jusqu'à ce jour. Au reste, sa santé ne laisse rien à désirer , quoiqu'elle vive toujours dans l'oubli le plus complet de son accident. (*Annales de la Société de médecine de Gand*, avril 1184.)

CONCRÉTIONS BILIAIRES (*Du diagnostic et du traitement des.*) Les concrétions biliaires, libres dans la vésicule du fiel, ne donnent pas lieu ordinairement à des phénomènes pathologiques. Mais lorsque ces corps s'engagent dans les conduits cystique et cholédoque, ils manifestent leur présence par des symptômes variés, mais qui n'ont rien de caractéristique. M. Duparcque signale un symptôme qu'il a observé quatre fois sur treize cas de rétention de bile par concrétions biliaires, et comme ce symptôme ne s'est jamais présenté à lui dans d'autres maladies que dans celle dont il est question, il croit qu'il peut être considéré comme pathognomonique de cette affection. Ce symptôme consiste en un spasme clonique commençant par le côté droit de l'abdomen, dont la paroi, de ce côté seulement, présente des mouvements brusques, vifs et répétés d'élévation et d'abaissement alternatifs. Bientôt la cuisse correspondante est prise à son tour de mouvements convulsifs ; ils s'étendent ensuite à la jambe, et de là au pied, qui est porté dans une adduction avec extension forcée par secousses successives. Puis la convulsion, qui s'était ainsi propagée de haut en bas, gagne la poitrine, et alors la respiration s'embarrasse, devient irrégulière, saccadée; elle envahit le membre supérieur, le cou, la tête, aux diverses parties de laquelle elle imprime des secousses qui rappellent celles occasionnées par l'épilepsie. Tout à coup les fonctions cérébrales se troublent, se suspendent, le malade tombe dans l'assoupissement, et a l'agitation spasmodique succède une résolution des membres convulsés. Ces phénomènes se renouvellent par accès comme dans les coliques hépatiques. Dans deux cas, l'hémiplégie fut complète; dans les deux autres elle ne dépassa pas le flanc droit et le membre inférieur correspondant.

M. Duparcque rapporte quatre observations dans lesquelles ces phénomènes furent très-marqués. Une circonstance à noter, c'est que ce fut chez quatre femmes.

Mais ces observations ne sont pas seulement intéressantes au point de vue des symptômes, elles le sont encore par le traitement employé et qui a été suivi de succès. M. Duparcque prescrivit un mélange composé de 4 gram. d'huile de ricin avec 60 gram. d'éther et 30 gram. de sucre, administré par grandes cuillerées de demi-heure en demi-heure. Dans la première observation les accidents commencèrent à s'amender dès la première cuillerée de ce mélange, qui procura des évacuations abondantes contenant évidemment des debris de concrétions biliaires. Dans la seconde observation il fallut réitérer l'emploi

de la mixture huileuse éthérée, qui fut également suivi d'évacuations contenant des concrétions. Il en fut de même dans le troisième et dans le quatrième cas.

Cette mixture, comme on le voit, n'est qu'une modification du fameux remède de Durande. Témoin, dans les hôpitaux, de la répugnance qu'inspirait à la plupart des malades le remède dans lequel la saveur de l'huile de térébenthine domine si désagréablement, M. Duparcque voulut expérimenter si un autre corps gras n'aurait pas les mêmes avantages, sans en avoir les inconvénients. L'huile de ricin lui parut pouvoir remplacer l'huile de térébenthine, comme purgatif du moins. La saveur peu prononcée de l'huile de ricin est complétement masquée par celle de l'éther. Celui-ci se mixtionne parfaitement avec l'huile de ricin ; il en corrige d'une manière très-remarquable la viscosité, qui la rend si difficile à couler et à être ingérée. Comme les coliques hépatiques sont quelquefois compliquées d'hépatite aiguë ou d'irritation gastro-intestinale, on doit avoir moins à craindre de l'action de l'huile de ricin que de celle de l'huile de térébenthine. Toutes les fois que M. Duparcque a administré l'huile de ricin éthérée, l'estomac l'a très-bien supportée, alors même qu'il rejetait toute autre chose, soit boisson, soit médicament; toujours aussi il a fait cesser les vomissements et calmé tous les autres symptômes, avant même que ce mélange ait eu le temps d'agir sur les voies et les concrétions biliaires.

L'auteur se demande comment agit ce médicament. Est-ce en faisant cesser le spasme des canaux biliaires? Est-ce en ramollissant les concrétions? Est-ce en favorisant les contractions des parois de la vésicule? Est-ce comme simple purgatif? Et quelle est l'action réciproque des deux agents employés, éther et huile de ricin? M. Duparcque ne résout pas ces diverses questions, et il se contente d'attirer l'attention des praticiens sur les bons résultats qu'il a obtenus de ce remède. Il résulte, en effet, des six observations qu'il rapporte, que cette mixture a la propriété de favoriser, de provoquer l'expulsion des concrétions biliaires arrêtées dans les conduits hépato-cystiques; que ce résultat peut être obtenu, non-seulement dans les cas où la rétention de la bile par l'engagement des concrétions constitue toute la maladie, mais même lorsque celle-ci est compliquée d'hépatite, et quels que soient les rapports de cause et d'effet ou de simple coïncidence qui existent entre ces deux genres d'affections. (*Revue Méd.*, avril 1844.)

CONTUSIONS DU PÉRINÉE (*Nouvelle méthode opératoire destinée à prévenir les accidents qu'entraînent les*). La gravité des accidents si souvent déterminés par les contusions profondes du périnée est trop bien connue des chirurgiens, pour qu'une méthode opératoire qui a pour but de les prévenir ou de les diminuer ne mérite pas de fixer leur attention, quelle que soit d'ailleurs sa valeur réelle, que l'expérience seule peut faire juger en dernier ressort. C'est la crainte de ces accidents qui a conduit M. Pétrequin à pratiquer une opération complétement neuve, du moins sous le rapport de l'indication qu'il se proposait de remplir. Voici cette observation. Le sieur Vignal était occupé à scier un madrier placé à neuf pieds de hauteur, lorsqu'il perdit l'équilibre et tomba à califourchon sur un plateau de champ de moins de deux pouces d'épaisseur : tout l'effort de la chute porta sur le périnée, qui subit une contusion profonde : il se tuméfia de suite, l'engorgement envahit les bourses et même la verge, les urines furent complétement arrêtées, le ventre se tendit. Le lendemain le périnée est le siége d'un énorme épanchement sanguin, qui s'étend des branches du pubis jusqu'au voisinage du coccyx ; la tuméfaction est telle qu'il représente un dos d'âne dont le sommet est au raphé. L'infiltration sanguine a gagné les bourses et la peau de la verge : il existe une plaie contuse à la racine du scrotum, le volume de ces parties égale celui de la tête d'un enfant. Les téguments sont tendus et colorés en rouge noir, comme si la gangrène allait s'y déclarer. Le périnée est très-sensible au toucher; le ventre est tendu, douloureux; il y a rétention d'urine, agitation générale : soif, insomnie, anxiété extrême : des sangsues furent appliquées sur l'hypogastre, on donna un lavement émollient, et une potion calmante fut administrée. Prenant en considération la gravité des désordres anatomiques résultant de cette contusion; convaincu que l'urètre, s'il n'était

déjà déchiré, avait été violemment contus, et que dès lors il y avait imminence d'une infiltration urineuse inévitable, soit que la portion contuse du canal se frappât de gangrène, ou que l'inflammation traumatique en determinât ultérieurement l'ulcération et la fissure, M. Pétrequin, dans cette double préoccupation de conséquences pathologiques soit primitives, soit consécutives, se détermina à faire subir au malade l'opération suivante: l'ayant fait coucher comme pour l'opération de la taille, il commença par introduire dans la vessie un cathéter; cette introduction permit de s'assurer qu'il y avait un obstacle dans l'urètre: le cathéter n'arriva que très-difficilement dans le réservoir urinaire: une incision extérieure fut faite sur le raphé, comme dans la taille médiane, en l'inclinant un peu à gauche; le bistouri atteignit le cathéter au niveau de la portion membraneuse de l'urètre. Une incision suffisante fut pratiquée au canal pour permettre l'introduction du lithotome caché; aussitôt il s'écoula un peu d'urine, ce qui soulagea beaucoup le patient. Le chirurgien éprouva une grande difficulté à arriver jusqu'à la rainure du cathéter; le périnée, gorgé de sang, était très-tuméfié, ce qui plaçait à une profondeur considérable la tête de la prostate. Le lithotome une fois bien placé, le chirurgien ouvrit la lame de quelques lignes, pour entamer seulement la pointe de la prostate. Cette incision donna issue à une nouvelle quantité de fluide urinaire, et le malade fut très-soulagé. Ce débridement ne suffit pas pour la libre sortie des urines, le sang, dont les tissus étaient infiltrés, s'échappant sans cesse par la plaie, et s'y coagulant, y mit obstacle pendant la durée même de l'opération et du pansement. Le chirurgien alors poussa dans la vessie une injection prolongée d'eau tiède avec une seringue à jet continu, afin de débarrasser la plaie de tous les caillots, puis il introduisit par le périnée, jusqu'au delà du col vésical, une grosse sonde en gomme élastique qui fut laissée à demeure.

Dès le lendemain, l'infiltration sanguine du périnée et du scrotum a diminué, une sérosité sanguinolente suinte des lèvres de l'incision: la teinte rouge brune des téguments pâlit; la laxité y remplace la tension; l'état général s'est également amélioré. L'écoulement de l'urine se fait bien par la sonde que l'on désobstrue chaque fois qu'il en est besoin à l'aide d'injections émollientes. Jusqu'au 12 les progrès sont constants; il commence à sortir quelques gouttes d'urine par le méat: point d'infiltration urinaire, il ne reste au scrotum qu'une petite plaie contuse à sa racine sur le raphé; l'engorgement sanguin a disparu. Le 15 janvier, l'incision du périnée s'est rétrécie de moitié, elle n'a plus que six millimètres d'étendue: on retire la sonde périnéale, et on lui substitue une sonde par l'urètre. Le 30 janvier, la fistule du périnée ne laisse plus passer d'urine; le 4 février elle est complètement cicatrisée. Mais il n'en est pas de même de la plaie du scrotum qui laisse suinter de l'urine: il existe en ce point une fistule urétrale dont le trajet est indiqué par un cordon noueux et dur, mais c'est là une affection qui n'a aucun rapport avec le mode curatif qui a été mis en usage; en conséquence, le but qu'on se proposait se trouve heureusement atteint, c'est-à-dire qu'on a prévenu les infiltrations purulentes et urinaires, les résorptions de même nature, la destruction gangréneuse des tissus contus, et la mort du malade, qui pouvait en être la conséquence.—Après la lecture de cette observation, on est en droit de se demander si elle était bien formellement indiquée: M. Pétrequin n'hésite pas à répondre par l'affirmative, et il faut avouer que l'événement lui donne raison. Toutefois, pour celui qui n'admet pas qu'en chirurgie la fin doive justifier les moyens, plusieurs questions se présentent à résoudre; une seule nous occupera: y avait-il urgence à tailler ce malade, en vue de prévenir l'infiltration urinaire, accident primitif qui semblait le plus à craindre? Puisqu'un cathéter a pu être introduit, une sonde n'eût-elle pas également pu être conduite dans la vessie; sonde à demeure, qui eût rempli d'une manière satisfaisante la première indication? M. Pétrequin a eu soin de répondre à cette objection, en rapportant un fait dans lequel il eut recours à la sonde en gomme élastique; à l'époque de la reaction inflammatoire, le canal se ramollit dans le point contus, il s'y fit une fissure, et l'infiltration urineuse accomplie malgré la sonde, emporta le malade dans le deuxième septé-

naire. Malgré toute la valeur d'un fait bien observé, nous n'en persistons pas moins à penser que, comme méthode préventive, l'espèce de taille proposée par M. Pétrequin, peut avoir de graves inconvénients, outre qu'elle nous paraît l'exagération forcée des incisions conseillées contre l'infiltration urineuse. « L'innovation opératoire que je propose s'élève, dit l'auteur, à un degré de plus » ; pour nous, la distance qui les sépare nous paraît immense, et nous comprenons difficilement que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon lui trouve les qualités suffisantes pour vouloir l'ériger en méthode générale, quand surtout il ne l'appuie que sur un seul fait. (*Journ. de méd. de Lyon*, avril 1844.)

CUBITUS (*De la luxation isolée de l'extrémité supérieure du*). Parmi les déplacements qui peuvent survenir entre l'humérus et les os de l'avant-bras, il en est sur lesquels on ne saurait élever la moindre contestation : ainsi, tous les chirurgiens admettent la luxation complète et simultanée des deux os de l'avant-bras; la luxation incomplète du radius, et la luxation isolée et complète du même os, soit en avant, soit en arrière du condyle huméral. Quant au déplacement de l'extrémité supérieure du cubitus pouvant avoir lieu sans fracture et sans que le radius soit en même temps déplacé, il n'est pas aussi généralement admis; les indications que la science présente à cet égard sont peu nombreuses et le plus souvent incomplètes. Aussi doit-on savoir gré à M. le docteur Brun de l'étude clinique et expérimentale à laquelle il s'est livré en vue d'établir d'une manière certaine l'existence de la luxation dont il s'agit. Trois observations constituent la base de son mémoire; deux ont été recueillies à l'Hôtel-Dieu de Lyon par l'auteur lui-même, qui y remplissait les fonctions d'interne; la troisième est incomplète, aussi n'est-elle pour nous d'aucune valeur.

— A. Richard, âgé de dix-huit ans, fut jeté à terre pendant une rixe. Le bras droit fléchi soutenait le tronc en arc-boutant contre le dos, lorsqu'il reçut un violent coup de pied au-dessus du coude. Quatorze heures après l'accident, on observe les symptômes suivants : tuméfaction du coude; l'avant-bras est dans une position intermédiaire entre l'extension et la demi-flexion, avec tendance marquée à se placer dans la pronation; les mouvements d'extension et de flexion sont très-bornés, et tout effort pour les produire arrache des cris au malade; les mouvements de pronation et de supination s'exécutent librement; l'avant-bras paraît légèrement dévié en dehors et forme avec le bras un angle très-obtus, dans le sinus duquel la masse des muscles supinateurs et radiaux relâchés forme une saillie plus marquée qu'à l'état normal. L'olécrâne est très-saillant en arrière et un peu remonté. Au-dessus de l'olécrâne on sent le triceps fortement tendu et éloigné de l'humérus. On sent derrière l'épitrochlée une dépression profonde, puis une crête osseuse qui se meut avec le cubitus, et qui ne peut être que le bord interne de la grande cavité sigmoïde. En portant les doigts à la partie postérieure et externe du coude, pendant qu'on fait exécuter des mouvements de pronation et de supination, on sent la tête du radius qui se meut sur le condyle huméral; rien n'indique qu'elle soit aucunement déplacée; on constate très-bien la rainure que les deux surfaces articulaires laissent entre elles. Chez un autre malade qui, à la suite d'une chute, offrit tous les mêmes symptômes, l'auteur eut soin de mesurer la distance qui sépare l'épitrochlée du sommet de l'apophyse styloïde du cubitus; il trouva qu'elle avait environ un centimètre de moins que du côté sain. A ces différents caractères l'auteur et les autres chirurgiens qui virent le malade diagnostiquèrent une luxation isolée et incomplète du cubitus en arrière; qu'ils réduisirent de la manière suivante : la contre-extension est exercée sur le bras maintenu fixe et rapproché du tronc; l'avant-bras étant placé dans la supination et dans un très-léger degré de flexion, on applique sur lui les forces extensives en les dirigeant d'arrière en avant et un peu de dedans en dehors. En tirant ainsi en dehors, on transforme le squelette de l'avant-bras en levier du premier genre, dont le point d'appui est à l'articulation radio-humérale, et la résistance à l'articulation luxée. En même temps on pousse l'olécrâne en avant et en bas : dès que l'on croit le moment favorable à la réduction, on porte brusquement le bras dans la flexion, et on juge que

la réduction est opérée lorsque la flexion est portée aisément au delà de l'angle droit. Sur les deux malades dont M. Brun donne l'observation, la méthode de réduction qui vient d'être décrite eut un succès prompt et facile. Quant à la nature elle-même du déplacement survenu entre les surfaces articulaires, il est difficile de la méconnaître aux caractères symptomatiques que l'auteur a exposés avec autant de clarté que de précision. Son diagnostic nous paraît donc fondé, et avec lui nous admettons l'existence de la luxation isolée et incomplète du cubitus en arrière de l'humérus. Mais dans quelles conditions ce déplacement est-il possible ? c'est ce que M. Brun a essayé de démontrer par l'expérimentation cadavérique : or, ces conditions sont les suivantes : 1° pronation de l'avant-bras, afin de distendre le ligament interosseux et surtout la corde ligamenteuse de Weitbrecht ; 2° rupture du ligament annulaire à son attache au cubitus ; 3° rupture de la moitié interne du ligament antérieur et du ligament interne ; 4° luxation de l'articulation radio-cubitale supérieure. Quand ces diverses ruptures se sont opérées, l'apophyse coronoïde du cubitus peut venir se loger à la partie inférieure et un peu postérieure de la poulie humérale, immédiatement au-dessous de la cavité olécrânienne. Quant à la luxation complète, celle dans laquelle l'apophyse coronoïde viendrait se loger dans la cavité olécrânienne, nous pensons, comme l'auteur, qu'elle ne peut s'effectuer qu'autant que le radius change plus ou moins ses rapports avec la petite tête de l'humérus. (*Journal de médecine de Lyon*, avril 1844.)

DIABÈTES SUCRÉ (*Recherches sur la cause du*). Dans une maladie aussi obscure dans sa cause que peu avancée pour son traitement, nous ne devons négliger aucune des lumières chimiques, pathologiques ou thérapeutiques qui peuvent se produire ; c'est pour cela que nous livrons à l'appréciation de nos lecteurs l'analyse d'un travail adressé dernièrement à l'institut par M. Mialhe. Cet habile chimiste, en s'occupant de la recherche du glucose, dans un cas de diabétès douteux, a été amené à constater que, contrairement à l'opinion générale des chimistes, le sucre de raisin ou de diabète n'a aucune action réductive sur l'oxyde de cuivre, soit à froid, soit à chaud ; qu'il n'acquiert cette propriété qu'après avoir été chimiquement influencé par une substance alcaline libre ou carbonatée ; toutes les substances alimentaires hydrocarbonées, telles que le sucre et le raisin, la gomme d'amidon ou dextrine, etc., ne peuvent éprouver le phénomène de l'assimilation qu'après avoir été transformées par les alcalis du sang en de nouveaux produits au nombre desquels figure un corps doué d'un pouvoir désoxygénant très-énergique et tel qu'il réduit aisément le peroxyde de plomb en protoxyde, etc. Cette décomposition s'opère dans l'état normal, mais elle ne saurait avoir lieu chez les diabétiques. Voici pourquoi, selon M. Mialhe, les individus affectés de diabétès ne suent pas, et comme toutes les sécrétions cutanées sont acides, il s'ensuit que lorsque ces sécrétions sont supprimées, la présence dans le sang des alcalis libres ou simplement carbonatés devient impossible, et par suite la réaction chimique, cause première de l'assimilation du sucre, devient impossible aussi ; ce qui fait que le sucre sort de l'économie avec toutes ses propriétés premières. La maladie diabétique tient donc à un vice d'assimilation ou de nutrition ; le sucre, loin de pouvoir servir à l'accomplissement des mutations organiques, agit comme un corps étranger, dont l'économie tend sans cesse à se débarrasser. Ainsi, le fait chimique de la saccharification outrée des matières amilacées, dans le cas de diabétès, sur lequel on a tant disserté dans ces derniers temps, n'est qu'un phénomène insignifiant qui n'explique aucunement l'espèce d'intoxication passive que les matières sucrées font éprouver aux personnes chez qui la composition normale du sang est changée, c'est-à-dire chez les diabétiques.—Nous laissons à l'expérience ultérieure le soin d'apprécier la valeur de la théorie établie par M. Mialhe.

EMPOISONNEMENT *par les cantharides* (*Sur un cas d'*). Les faits de ce genre sont assez rares pour que nous présentions un résumé de celui que vient de publier M. le docteur Keusmerer. Une femme de vingt-six ans, affectée de bronchite, contre laquelle l'application d'un vésicatoire fut jugée nécessaire, re-

çut d'un pharmacien 1 gramme 30 centigrammes de poudre de cantharides destinée à le préparer, ainsi que 10 centigrammes de kermès. Cette femme se trompa de poudre et avalait depuis trois heures des cuillerées de cette poudre dans une potion gommeuse, quand le mari effrayé envoya chercher M. Keusmerer. Celui-ci la trouva assise, riant de la frayeur de son mari, n'accusant aucune douleur, si ce n'est une légère âpreté dans la gorge, et un certain malaise qu'elle ne peut définir. Il prescrivit aussitôt 5 centigrammes de tartre stibié dans un kilogramme d'eau, des lavements de guimauve et un grand bain tiède prolongé. La malade pouvait avoir pris de 70 à 72 centigrammes de poudre de cantharides. Le bain ne pouvant être pris, le médecin prescrit, deux heures après, une potion gommeuse avec 60 centigrammes de camphre et 15 grammes de sirop diacode, des frictions sur les cuisses et le ventre avec l'eau-de-vie camphrée, des fomentations émollientes sur l'abdomen, et une tisane gommeuse. Malgré l'emploi de ces moyens, des phénomènes graves surviennent; sensation horrible de chaleur dans le bassin, envie continuelle d'uriner, suivie de l'émission de quelques gouttes d'urine; pouls serré, fréquent; chaleur de la peau sensiblement diminuée; grands cris par intervalles; raidissement des membres comme dans le tétanos. Cependant l'intelligence est libre. Plus tard, face grippée, parole presque éteinte, pouls filiforme, peau froide, envies d'uriner continuelles; âpreté dans la gorge; aucune douleur dans l'estomac et les intestins. Il semble à la malade que sa vessie brûle et que c'est du plomb fondu qui sort par le canal. Pas de symptômes d'excitation vénérienne. Intelligence libre. Lavement avec 75 centigrammes de camphre et des cataplasmes sinapisés promenés sur la surface du corps. Les accidents se calmèrent peu à peu, et le lendemain la malade n'accusait qu'un peu de faiblesse sans aucune douleur du côté de la vessie ou des intestins. (*Journal des conn. méd.-chir.*, mai 1844.)

EMPOISONNEMEMT *par le vert-de-gris.* — *Un mot sur l'emploi du sucre dans l'empoisonnement par les préparations cuivreuses.* Le 4 février 1843, à neuf heures du matin, un homme déclara à la mairie de Castelnaudary qu'il venait de s'empoisonner avec du vert-de-gris mêlé avec du vin. Quelques minutes après il fut pris de vomissements. Un pharmacien reconnut que les matières du vomissement, ainsi qu'un reste de liquide contenu dans une bouteille que portait le malade, contenaient une énorme quantité d'acétate de cuivre. Transporté de suite à l'hôpital, M. Roussilhe lui fit boire de l'eau albumineuse en grande quantité jusqu'à onze heures du matin, où l'on put administrer le protosulfure de fer hydraté, recommandé par M. Mialhe (*Bull. de Thérapeut.*, t. XXIII, page 119). Voici quel était l'état du malade avant l'administration de la potion ferrugineuse: vomissements fréquents, diarrhée, coliques violentes, ventre météorisé, pouls petit, sueurs froides, céphalalgie, altération des facultés intellectuelles. (Deux cuillerées toutes les demi-heures de proto-sulfure de fer hydraté, eau albumineuse pour boisson, lavements émollients, sinapismes aux jambes.) Le soir, à neuf heures, commencement de réaction: vomissements, diarrhée, ventre moins douloureux. — Bain, protosulfure de fer une cuillerée toutes les heures. Le 5, nuit assez calme; le malade n'a pas vomi depuis plusieurs heures; diarrhée, pouls à 90, plein; douleurs vives à l'épigastre, ventre tendu. 20 sangsues sur l'abdomen, bain, boisson albumineuse, lavements émollients. Le 6, amélioration plus marquée, plus de vomissements, deux selles dans la nuit, ventre sensible à la pression, pouls à 75, température de la peau naturelle; bain, eau gommeuse, lavements, bouillon léger. Le 7, le malade ne souffre presque plus.

A la suite de cette observation, M. Barbet-Lartigue a présenté quelques réflexions sur l'emploi du sucre dans l'empoisonnement par les préparations cuivreuses. Il pense que le nouvel antidote préconisé par M. Bouchardat ne doit pas faire oublier l'albumine et le sucre qui, à son avis, annulent avec toute la certitude désirable l'action toxique des sels de cuivre. Il est impossible, dit-il, de révoquer en doute les cas nombreux où l'on a réussi avec le sucre, et cependant on semble le repousser tout à fait pour le remplacer par des produits très-utiles, sans doute, mais qui sont loin d'être aussi usuels que cette substance qu'on trouve aujourd'hui dans le plus humble des menages. A

l'appui de cette opinion il cite ce fait remarquable : Deux ouvriers avaient bu du lait qui avait séjourné 24 heures dans un vase de cuivre mal décapé; ils ne tardèrent pas à éprouver tous les symptômes du plus violent empoisonnement. La campagne où ils se trouvaient était distante d'une lieue de la ville voisine; le mal progressait avec rapidité. Lorsque les secours arrivèrent, déjà les deux malades étaient en proie aux plus affreux accidents; chez l'un d'eux surtout le système nerveux était profondément atteint, une contraction tétanique avait envahi les muscles de la mâchoire, au point que les dents étaient fortement serrées et empêchaient de rien introduire dans la bouche. On fut obligé, vu la gravité du cas, de briser une dent et d'en arracher une autre pour pouvoir faire avaler quelques gorgées d'eau fortement sucrée, qu'on renouvela à de courts intervalles. Les deux malades furent largement abreuvés de cette eau, rendue plus sirupeuse à mesure qu'ils pouvaient mieux avaler. Les symptômes se calmèrent peu à peu; après 24 heures les deux malades avaient échappé à tout danger, et il fallut peu de jours pour réduire les signes consécutifs d'inflammation inséparables de semblables accidents. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, avril 1844.)

FISSURE A L'ANUS (*Sur le siége et sur le traitement de la*). Quelques travaux récents, et notamment les intéressantes recherches de M. Cazenave de Bordeaux, tendent à amoindrir l'opinion exclusive de Boyer, qui exigeait, dans tous les cas, l'emploi de l'instrument tranchant, répudiant comme complétement inutile tout traitement médical. M. le docteur Issartier se range à l'opinion de M. Cazenave, et apporte quelques faits qui doivent être pris en considération. Une jeune femme sortit de l'Hôtel-Dieu sans avoir osé parler d'une blennorrhagie syphilitique dont elle était atteinte depuis deux ans; elle vint trouver M. Issartier, avoua son mal, et se plaignit de douleurs très-vives dans le côté gauche de l'anus, surtout après les selles, qui étaient toujours accompagnées d'une contraction pénible du sphincter anal. Sans être constipée, elle retardait autant que possible chaque selle, pour éviter de nouvelles souffrances. L'examen des parties fit reconnaître sur le point indiqué une fissure qui n'intéressait presque que la peau, et n'avait envahi la muqueuse que de deux ou trois lignes au plus. M. Issartier conseilla des injections légèrement astringentes, des bains de siége, une propreté minutieuse, et des onctions fréquentes à l'anus avec une pommade faite avec parties égales d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone. Il prescrivit en outre, à l'intérieur, un traitement mercuriel. En moins de huit jours les douleurs furent calmées; à la fin de la troisième semaine, la fissure était cicatrisée et les selles faciles. Huit mois après, l'auteur revit cette femme, qui était tout à fait guérie sans récidive.— Un individu consulta l'auteur pour des douleurs excessives qui, depuis lontemps, le tourmentaient après les selles, douleurs quelquefois atroces à la suite d'une longue constipation. Son médecin ordinaire, sans voir les parties malades, attribuait ces souffrances à des hémorrhoïdes internes. L'auteur examina l'anus et découvrit facilement trois fissures, dont une seule, à gauche, assez étendue, mais n'intéressant guère que le tissu cutané, et n'empiétant sur la muqueuse que de trois à quatre lignes. Il conseilla une pommade faite avec l'extrait de belladone et le cérat de saturne, quelques bains tièdes, et l'usage quotidien de l'eau de Sedlitz à dose laxative, avec la précaution d'éviter tout écart de régime. Malgré les conseils d'un chirurgien, qui proposa l'incision, le malade suivit le traitement ci-dessus, et s'en trouva si bien, que huit jours après il était en voie de guérison, et qu'en trois semaines il fut complétement guéri. Depuis deux ans, il n'y a pas eu de récidive. (*Journal de méd. de Bordeaux*, avril 1844.)

FRACTURE DU FÉMUR (*Ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme de l'artère fémorale consécutif à une*). La gravité des accidents auxquels le sujet de l'observation suivante a été soumis, la nature de la lésion principale, la cause qui l'a déterminée, enfin sa guérison par la ligature de l'artère iliaque; tout, dans le fait que nous allons rapporter, commande au plus haut degré l'attention des chirurgiens. Le 1er mars 1842, M. Dexter Grave, habitant de l'Illinois, fit une chute en descendant de voiture; un médecin appelé diagnostiqua une fracture du

fémur, pour laquelle il appliqua un appareil provisoire qui permit au malade d'être reconduit chez lui, à une vingtaine de lieues. Là on remplaça le premier appareil par celui à extension continue, qui fut maintenu appliqué pendant douze semaines. Au bout de ce temps, la consolidation n'eut pas lieu. Appelé alors, le docteur Brainard constata dans le membre inférieur droit un raccourcissement de 2 pouces; le pied était renversé en dehors; on rendait facilement au membre sa longueur, mais le raccourcissement se reproduisait presque aussitôt qu'on cessait l'extension; tuméfaction considérable de la hanche et de la cuisse; point de crépitation appréciable; le fémur, que l'on distingue bien depuis les condyles jusque près des trochanters, n'offre ni cal, ni solution de continuité. M. Brainard diagnostiqua une fracture du col. La santé générale du malade ayant beaucoup souffert du séjour au lit, le chirurgien pensa que la première indication à remplir était de chercher à la rétablir; pour cela, il appliqua un bandage amidonné depuis le genou jusqu'au haut du membre, en ayant soin de faire monter jusqu'à la crête iliaque plusieurs attelles de carton épais et de jeter plusieurs doloires autour du bassin. Aussitôt que ce bandage fut sec, le malade put se lever, se promener avec des béquilles; il fit même plusieurs milles en voiture. Pendant six mois, il porta le bandage amidonné, dont il ne pouvait se passer. Le 17 février 1843, M. Brainard, qui avait été forcé de quitter le malade au mois d'octobre de l'année précédente, trouva à son retour la partie supérieure de la cuisse occupée par une tumeur volumineuse saillante de 3 pouces et demi au-dessous et un peu en avant du grand trochanter. Arrondie, élastique, fluctuante, pulsative avec bruit de souffle bien marqué, diminuant par la compression de l'artère fémorale au-dessous d'elle, elle était limitée par le muscle grêle interne, par le bord externe de la cuisse, par le ligament de Poupart, jusqu'à 12 pouces au-dessous duquel elle s'étendait en bas. On s'était aperçu de la tumeur douze semaines environ avant le retour de M. Brainard. Les médecins qui la virent à cette époque la prirent pour un abcès, la ponctionnèrent et produisirent l'écoulement de plus d'une livre de sang artériel; ils eurent beaucoup de peine à arrêter l'hémorrhagie. En présence de l'état symptomatique que nous venons d'exposer, M. Brainard pratiqua la ligature de l'artère iliaque externe; cette ligature, faite suivant le procédé d'Obernethy, n'offrit rien de particulier; pendant l'opération, le malade accusa beaucoup de douleurs; ces douleurs continuèrent après, se montrant avec beaucoup de violence, tantôt dans la plaie, tantôt dans l'abdomen, tantôt dans la cuisse. Elles arrachaient des cris au malade; on ne parvint à les calmer qu'en administrant par la bouche une potion contenant trois quarts de grain de sulfate de morphine; la tumeur anévrysmale s'affaissa; elle devint plus molle, et son étendue diminua d'un pouce environ. Le pouls marquait 60; il y eut, trois heures après, engourdissement et abaissement de température dans le membre; bientôt ces phénomènes cessèrent pour faire place à un excès de sensibilité tel, que le contact d'une flanelle sur le membre était insupportable.

Le cinquième jour, le pouls était à 75; la sensibilité et la température étaient redevenues normales dans le membre. Il y eut à cette époque un léger écoulement de pus par la plaie. Du quinzième au vingtième jour, crampes passagères dans le membre affecté; on les calme à l'aide de frictions et d'applications chaudes. Le vingt-troisième jour, la ligature tomba. La plaie continua de suppurer, pour ne se cicatriser que le quarante-cinquième jour. A partir du dixième jour, la tumeur cessa de diminuer; on fit sur elle des frictions, on y appliqua un bandage roulé dont on augmenta la compression progressivement, et la tumeur finit par s'affaisser. Le 1er juin, la tuméfaction a complétement disparu. Il ne reste plus qu'une sorte d'empâtement occupant toute la partie antérieure et supérieure de la cuisse, et qui paraît siéger dans les parties qui entourent les fragments de l'os, et limite ainsi leurs mouvements, de telle sorte que le malade peut agir assez bien avec son membre. La fracture est assez bien consolidée pour que le malade puisse marcher sans beaucoup de difficulté et vaquer à ses affaires. (*Revue médic.*, avril 1844.)

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE (*Circonstances insolites qui*

se sont présentées pendant une opération de). Signaler les difficultés insolites que peuvent offrir les hernies et que les ouvrages de chirurgie n'ont pu ni prévoir ni décrire, c'est poser des jalons qui, en montrant les écueils, apprendront à les éviter. Sous ce point de vue éminemment pratique, le fait suivant mérite de fixer l'attention. — Un homme d'une forte constitution entra à l'hôpital Beaujon pour une hernie inguinale droite étranglée depuis douze heures environ, lorsque M. Robert, chirurgien de l'hôpital, fut appelé : cette hernie existait depuis trois ans, habituellement soutenue par un bandage. Obliquement dirigée du milieu de l'aine droite au fond du scrotum, la tumeur est volumineuse, longue de 15 centimètres, et douloureuse surtout au niveau du collet du sac. A la partie inférieure on trouve le testicule mobile et séparé d'elle par une rainure circulaire ; l'abdomen était souple et indolent. Après avoir fait de nouvelles tentatives de réduction sans plus de succès que n'en avait obtenu l'interne de garde qui avait saigné le malade à son arrivée, et l'avait mis au bain, M. Robert se décida promptement à opérer. Après l'incision ordinaire de la peau, du tissu cellulaire et du muscle crémaster qui était très-développé, le chirurgien rencontra une enveloppe pellucide qu'il crut être le sac et qu'il ouvrit avec les précautions convenables : il s'en échappa 50 grammes de sérosité citrine. L'ouverture ayant été agrandie, l'opérateur rechercha l'intestin ; mais il ne fut pas peu étonné de ne trouver qu'une cavité vide, à parois lisses et très-minces, répondant aux deux tiers supérieurs de la tumeur herniaire, terminée inférieurement en cul-de-sac, et dont il ne fut pas facile de reconnaître la terminaison supérieure qui touchait à l'extrémité supérieure du canal inguinal ou même semblait s'y engager : la paroi profonde de cette poche était lâchement unie aux parties sous-jacentes. Était-ce un kyste adossé à la hernie qui venait d'être ouvert ; ou bien la hernie elle-même était-elle constituée par le cæcum, et la poche qui venait d'être ouverte était-elle un prolongement péritonéal placé au-devant d'elle? Dans l'incertitude où l'avait jeté cette disposition anormale, M. Robert songea à s'assurer si la tumeur présentait de la transparence ; dans le cas où elle existerait, il était évident que le sac n'avait pas été ouvert. A l'aide du procédé fort simple journellement mis en usage dans le diagnostic de l'hydrocèle, la transparence fut démontrée dans toute la portion extérieure de la tumeur ; rassuré par cet examen, l'opérateur procéda à la recherche du sac afin de l'inciser ; mais une nouvelle circonstance se présenta. La face antérieure de la tumeur était croisée à la partie moyenne par un ruban large de 5 millimètres, obliquement dirigé de bas en haut, et de dehors en dedans, dans lequel on apercevait des vaisseaux assez volumineux, qui n'étaient autres que les vaisseaux spermatiques ; le canal déférent n'en faisait point partie, il était plus en dehors. Cette dernière circonstance, qui, d'après Scarpa, Desault et Chopart, existe toujours dans la hernie inguinale interne, pouvait faire croire que telle était celle dont il est ici question. Mais l'obliquité de la hernie à la partie supérieure, dans le sens du trajet inguinal, ne permettait pas de douter que son collet ne fût externe par rapport à l'artère. — Le volume et l'ancienneté de la hernie autorisaient bien à admettre l'élargissement du cordon testiculaire et le transport des vaisseaux de la partie antérieure do la tumeur ; mais rien ne pouvait expliquer pourquoi le conduit déférent, qui, dans les hernies inguinales externes, doit être situé à la partie postérieure ou interne de la tumeur, dans celle-ci en occupait le côté externe. M. Robert ne put résoudre cette difficulté. Pour éviter de blesser les vaisseaux testiculaires en ouvrant le sac, il l'attaqua en haut, puis repoussa en dehors les vaisseaux afin de pouvoir en agrandir l'ouverture de haut en bas, et dans toute l'étendue verticale de la tumeur. Le sac contenait une assez grande quantité de sérosité rougeâtre, et une anse considérable d'intestin grêle, coiffée en dehors par l'épiploon et très-rouge. Le chirurgien attaqua ensuite l'étranglement qui siégeait au collet du sac et débrida en haut et en dehors. Rien de particulier durant le reste de l'opération : l'épiploon ne fut pas réduit. — Malgré une saignée faite le jour même, et quoique ce malade ait eu des selles abondantes, il succomba le surlendemain, emporté par un délire furieux. L'autopsie fit constater l'existence d'une péritonite en voie de suppuration. Quant aux anomalies offertes par la hernie, on

eut de la peine à reconnaître le kyste qui y était annexé, à cause de l'inflammation qui s'était emparée des tissus. La hernie était bien externe : le débridement avait uniquement porté sur le collet du sac qui seul causait l'étranglement. Au niveau de l'anneau inguinal supérieur, le cordon était placé derrière le collet de la hernie, le canal déférent était situé au côté interne des vaisseaux. Au delà de l'anneau, ces parties s'écartaient de plus en plus les unes des autres ; mais en même temps elles exécutaient un demi-tour de spirale autour de la partie externe et antérieure du sac : ainsi les vaisseaux côtoyaient d'abord le côté externe de celui-ci, puis se dirigeaient en avant et en dedans, et en croisaient la surface antérieure, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut. Le canal déférent, d'abord situé en arrière, se dirigeait bientôt en dehors, et côtoyait, comme nous l'avons vu, la surface correspondante de la hernie. Il devenait ainsi évident que la hernie dans son évolution avait exécuté un mouvement de demi-rotation sur son axe, et que cette cause, jointe à l'écartement des diverses parties constituantes du cordon, avait contribué à donner à celles-ci la situation insolite que nous avons signalée. Ce phénomène de rotation, qui n'a pas encore été indiqué, paraît devoir être favorisé dans les hernies anciennes par les mouvements de la marche et par la pelote du Brayer, surtout quand elle est mal dirigée. (*Gaz. des Hôpitaux*, avril 1844.)

PÉRICARDE (*Nouveau moyen de reconnaître les adhérences du*). Tout le monde sait que dans une révolution normale du cœur, on saisit deux bruits : un bruit sourd assez long (premier bruit) ; un bruit clair très-court (second bruit), et un intervalle de silence qui, dans l'état normal, égale presque la durée des deux bruits réunis. En général, dans les maladies du cœur, les deux bruits sont solidaires l'un de l'autre. Ils s'affaiblissent tous deux dans l'hypertrophie, le second cependant moins que le premier. Ils sont tous deux plus clairs dans la dilatation ; cependant la relation de clarté qui existe entre les deux bruits se conserve toujours à quelques nuances près.

Selon M. le docteur Aran, dans les adhérences générales du péricarde, le second bruit perd non-seulement de sa clarté, mais encore de sa durée et de son étendue, et cela d'autant plus que les adhérences sont plus intimes et les cavités du cœur plus amples. Il peut finir par s'éteindre presque complétement dans toute l'étendue de la région précordiale, et même de la poitrine, si la maladie est déjà ancienne. Dans ces cas-là on perçoit 1° le premier bruit, ou bruit sourd, un peu prolongé ; 2° l'intervalle de silence, également un peu prolongé. Quant à l'explication du phénomène, M. Aran la trouve dans l'influence exercée par les adhérences sur les contractions du cœur, influence qui agit bien plus puissamment sur la dilatation, phénomène passif, que sur la contraction des ventricules, essentiellement active, et par conséquent bien plus sur le second bruit que sur le premier. (*Arch. gén. de méd.*, avril 1844.)

PÉRITONITE *guérie par les onctions mercurielles* (*Observation de*). Le *Bulletin de Thérapeutique* le premier a fait connaître aux praticiens les bons effets des onctions mercurielles dans la péritonite. Depuis ses premières publications à cet égard, des faits nombreux sont venus corroborer la pratique de M. Serre, d'Alais, et journellement les recueils en publient de nouveaux. En voici un autre que fait connaître M. le docteur Lacome. Une femme de quarante-quatre ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament bilioso-sanguin, fut prise, sans cause connue, de douleurs abdominales très-intenses. Un officier de santé, appelé dans les premiers moments, lui prescrivit une potion opiacée et des frictions avec de l'eau-de-vie camphrée. Cette médication, au lieu de la soulager, parut donner une nouvelle intensité à la maladie. M. Lacome fut appelé et trouva la malade dans l'état suivant : décubitus sur le dos, douleur très-vive dans la région abdominale qui ne permet pas le moindre attouchement ; nausées horriblement douloureuses ; respiration courte ; face grippée ; pouls petit, très-fréquent. Quarante sangsues sur la région abdominale, qui n'améliorent pas cet état. Nouvelle application de trente sangsues, sans résultat meilleur. Alors, onctions mercurielles avec 200 grammes d'onguent napolitain, faites de trois en trois heures, et toujours sur la même compresse. Dès le lendemain, amé-

lioration notable. On continue le remède pendant quatre jours, au bout desquels la malade ne ressent plus aucune douleur dans la région abdominale, pas même à la pression. Quelques accidents mercuriels s'étant montrés du côté de la bouche, ils furent combattus par les moyens appropriés. (*Journal des connaissances méd.-chirurg.*, mai 1844.)

RHINOPLASTIE (*Modification opératoire tentée avec succès dans un cas de*). La modification apportée par M. Riberi au procédé rhinoplastique ordinaire a pour but d'obvier à un inconvénient qui en résulte presque constamment. Lorsque le nez a été rongé par un cancer, il arrive souvent qu'une partie de la cloison a été détruite, ou bien que le chirurgien se trouve obligé de l'enlever, de peur de repullulation; alors le lambeau autoplastique, ne trouvant pas de point d'appui, s'affaisse sur la ligne médiane, et il ne résulte de l'opération qu'un nez épaté et informe. M. Riberi a obvié avec succès à cette difformité par la modification suivante :

Après avoir détaché du front un vaste lambeau et l'avoir fixé à la place et sur les bords de la perte de substance, il garnit les narines de deux canules. Il plaça ensuite de chaque côté du lambeau un morceau de cuir ayant la forme de l'aile du nez. Il passa alors trois longues épingles à travers ces deux pièces et la partie du lambeau qui était repliée et comprise entre elles. Pour achever de fixer le tout, il adapta à l'extrémité pointue de chaque épingle un morceau de liége, qu'il fixa au moyen d'un fil ciré enroulé, tant autour de la tête qu'autour de la pointe des épingles. Grâce à cette ingénieuse modification, l'adhésion s'opéra entre les deux faces du lambeau, et il en résulta un nez artificiel présentant une vive arête, comme le nez naturel. M. Riberi fait observer que l'exécution de ce procédé requiert que le lambeau autoplastique ait plus de largeur que dans la méthode ordinaire. (*Giorn. delle scien. med. — Journ. des conn. médic.-chirurg.*, avril 1844.)

SYPHILIS (*Note sur la*) *traitée par le tartre stibié.* Quel que soit le degré de précision et de certitude qu'ait déjà atteint le traitement des maladies syphilitiques, il ne sera pas toutefois sans intérêt de connaître les résultats d'une médication qui, sous plusieurs rapports, mérite de fixer l'attention des praticiens; il s'agit de la médication par le tartre stibié. Les expériences que nous allons exposer, en résumé, ont été faites par le docteur Willebrand dans un hôpital militaire, à Wilsingfors, capitale de la Finlande.

Un cas de blennorrhagie compliquée d'un rhumatisme aigu lui a fourni la première occasion de constater l'efficacité de ce mode de traitement. La guérison rapide de la blennorrhagie le détermina à recourir au même procédé dans beaucoup d'autres cas analogues. Dans trois cas, la guérison eut lieu en six jours; quinze à vingt jours au plus ont suffi pour toutes les autres. Chez l'un des sujets dont l'affection se montrait opiniâtre, il est survenu une hématurie qui a exigé la suspension du traitement. Mais dans les expériences appliquées aux différentes formes de la syphilis proprement dite, le tartre stibié a agi avec beaucoup plus d'efficacité. Les chancres primitifs ont été guéris en douze, quinze et vingt jours. Ce n'a été que dans quelques cas de chancre induré seulement que la guérison ne s'est pas maintenue. Les effets les plus significatifs ont été recueillis à l'égard des affections secondaires, sous les formes d'ulcérations de la gorge et de plaques muqueuses du scrotum. Trente cas ont été traités ; les phénomènes de la maladie ont disparu en onze, douze et quinze jours. Après leur disparition, le tartre stibié fut administré encore pendant six ou huit jours, sauf dans quelques cas où le traitement supplémentaire s'est effectué par des tisanes. Il s'est écoulé depuis la guérison, pour la plupart des sujets, deux années, et pour quelques-uns, trois années sans aucune récidive. Parmi les affections cutanées, concomitantes des cas d'ulcération secondaire, la roséole syphilitique, observée plusieurs fois, a disparu par l'usage du même traitement. Les affections plus graves de la peau ont opposé plus de résistance. Il y a eu huit cas de syphilides pustuleuses et squammeuses; la durée en a été de vingt à vingt-huit jours. Les inconvénients de l'usage prolongé du tartre stibié ont, dans quelques cas, nécessité le changement du traitement. Dans toutes ces expériences, le tartre stibié a été également admi-

nistré à l'intérieur, à la dose d'un demi-grain, six à huit fois par jour; les premières doses produisirent souvent des vomissements; mais dès le second jour, les malades supportèrent très-bien ce médicament; néanmoins il y a eu des exceptions: un cas est cité où la dose ne put être élevée à un huitième de grain sans exciter des nausées et sans donner lieu à des évacuations par haut et par bas. Alors cette médication se trouva moins heureuse, et on fut obligé de recourir à un autre traitement. Les règles générales de la propreté, du repos, de la température égale et convenable, et la diète, ont été sévèrement suivies.

—Nous ne rapportons ces réflexions et ces faits, bien entendu, que sur la foi du journal qui les expose. Le traitement de la syphilis est assez bien fixé parmi nous pour qu'il n'y eût pas témérité à engager les praticiens à courir les chances et les périls d'une expérimentation nouvelle. Cependant dans les cas où le mercure ne peut être employé par cause d'une contre-indication grave, le traitement finlandais pourrait être essayé; car, en définitive, nous le croyons exempt de dangers réels. (*Gaz. méd. de Paris*, avril 1844.)

TUMEUR HYDATIQUE (*Observation de*) *occupant la fosse iliaque gauche.* Le diagnostic des tumeurs a toujours été le point le plus difficile de leur histoire, et malgré les travaux récents de l'anatomie pathologique qui en ont mieux fait connaître la nature ainsi que les évolutions diverses, il est encore bien des difficultés à aplanir pour que ce diagnostic devienne simple et repose sur une certitude que quelques chirurgiens un peu trop prévenus en faveur de leur infaillibilité veulent lui reconnaître. L'observation suivante nous en fournira la preuve, en même temps qu'elle servira à compléter l'étude des hydatides dans une région où il est bien rare de les observer. Dans le courant d'octobre dernier, un homme âgé de 45 ans, exerçant la profession de charron, doué d'un fort tempérament, entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin. Il y a un an qu'ayant ressenti quelques douleurs dans la région iliaque gauche, il y porta la main et s'aperçut qu'il y existait une tumeur; il n'en continua pas moins ses travaux; la tumeur restait stationnaire et la douleur était très-légère. Dans le courant de l'été dernier cette tumeur fit de rapides progrès et devint le siége de douleurs beaucoup plus vives, s'irradiant dans toute la face antérieure de la cuisse. Quelques soins opposés à cet état ne l'améliorèrent aucunement; les douleurs s'accrurent, le malade perdit le sommeil et l'appétit, ses digestions devinrent difficiles, il perdit ses forces, et maigrit beaucoup: actuellement, 28 octobre, un an après le début des accidents, voici les phénomènes que l'on constate: la fosse iliaque gauche est occupée dans toute son étendue par une tumeur volumineuse faisant à l'extérieur une saillie considérable, limitée inférieurement par le ligament de Fallope, dépassant un peu supérieurement la crête iliaque, dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Le diamètre transversal de cette tumeur s'étendait de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la ligne blanche; la peau qui la recouvrait était lisse, tendue et mobile, la pression s'y exerçait sans trop de douleur. Il y avait une fluctuation obscure; la cuisse du côté malade était fléchie sur le bassin et portée dans l'adduction, et de plus fort amaigrie. Rien d'anormal dans le pli de l'aine, ni du côté du petit trochanter. Quel était le point d'origine de cette tumeur? telle fut la première question que M. Blandin chercha à résoudre. S'agissait-il d'un abcès par congestion? Mais avant qu'il fût venu apparaître dans la fosse iliaque, il eût existé des douleurs qui eussent mis sur la voie du point de départ. Tout portait donc à croire que la tumeur était née dans la fosse iliaque. Mais ici une nouvelle difficulté se présente pour savoir si elle émanait de la substance même de l'os des iles, du muscle psoas iliaque, ou des ganglions sous-péritonéaux, ou enfin du péritoine. Après avoir fait observer qu'un des signes presque pathognomoniques de l'existence des tumeurs liquides aussi volumineuses dans le psoas iliaque, c'est-à-dire le développement d'une tumeur du côté du petit trochanter, manquait entièrement, M. Blandin ajouta que si la tumeur venait du péritoine, il était peu probable qu'elle fût restée bornée à la fosse iliaque; aussi il plaça son lieu d'origine dans le tissu cellulaire de la région iliaque et dans les ganglions sous-péritonéaux. Le siége

une fois défini, il s'agissait d'en préciser la nature. Évidemment il y existait une demi-fluctuation, elle offrait de la résistance. M. Blandin diagnostiqua une tumeur enkystée de la fosse iliaque gauche, siégeant dans le tissu cellulaire de cette région. Après avoir essayé en vain d'un traitement fondant, le chirurgien se décida, le 29 novembre, à pratiquer dans la tumeur une ponction avec le trocart aplati de M. Guérin, car il voulait surtout éviter l'introduction de l'air dans le foyer. Ce fut vainement qu'à plusieurs reprises on essaya de faire monter le liquide dans le corps de la seringue qui avait été adaptée à la canule du trocart, il fallut renoncer à ces tentatives. Mais, en enlevant la seringue, on reconnut que l'ouverture de la canule était bouchée par une matière gélatineuse qui fut reconnue pour être un débris d'hydatides: la ponction fut renouvelée avec un trocart plus volumineux, sans plus de succès. Le chirurgien pratiqua alors une incision analogue à celle que l'on pratique pour la ligature de l'artère iliaque, afin de donner issue aux hydatides. Il en sortit en effet une quantité énorme de l'intérieur du kyste; mêlées à une faible quantité de liquide, elles avaient les unes le volume d'un œuf de pigeon, d'autres celui d'un grain de chènevis; plusieurs fois par jour des injections furent faites dans le kyste pour en balayer l'intérieur et empêcher le croupissement du pus. Malgré l'espérance qu'une amélioration notable dans l'état du malade avait fait concevoir de le guérir, l'abondance de la suppuration l'épuisa, et il succomba cinq semaines environ après l'opération. Pour compléter l'étude de ce fait pathologique si intéressant, nous ferons suivre les détails cliniques de l'examen anatomo-pathologique qui fut fait trente-six heures après la mort. La fosse iliaque gauche est presque entièrement remplie par un kyste développé dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaque. Ces muscles sont détruits, à l'exception du faisceau le plus voisin de la colonne vertébrale et des fibres les plus externes. Le kyste s'étend de la crête iliaque jusqu'au petit trochanter: cette prolongation jusqu'au petit trochanter ne s'est établie qu'après l'opération, et probablement qu'après le fait même des injections; ce qui semblerait le prouver, c'est que dans les derniers temps de la vie, au moment où le liquide était poussé dans le kyste avec la seringue, on voyait se développer une grosseur vers le petit trochanter; nous avions omis de noter ce fait. Les parois du kyste sont d'ailleurs assez minces, si ce n'est dans le point le plus rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure, où elles renferment dans leur épaisseur une écaille osseuse. L'os des iles et la colonne vertébrale sont intacts. Le péritoine ne présente non plus rien de particulier. Dans aucun organe on ne trouve d'inflammation ni d'abcès métastatique, ce qui confirme notre observation précédente, que le malade a succombé à l'épuisement produit par l'abondance de la suppuration. Quant à la flexion du membre et à son adduction, il est bien clair que les fibres du psoas et de l'iliaque qui n'avaient pas été détruites jouaient dans ce cas le principal rôle dans cette flexion. (*Gazette des hôpitaux*, mars 1844.)

TUMEUR VASCULAIRE DU COU (*Observation de*) *simulant un anévrysme.* Une femme de 67 ans portait au côté droit du cou une large tumeur, s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au sternum et à la clavicule; elle était le siége de battements très-forts qui augmentaient ou diminuaient avec les battements du cœur; elle donnait à la main une sensation de distension dans tous les sens, d'expansion du centre à la circonférence. Déjà la gangrène s'était emparée de cette tumeur, et des hémorrhagies avaient eu lieu. On pensa qu'il s'agissait d'une tumeur anévrysmale remplie de caillots qui empêchaient l'issue d'une grande quantité de sang, et que la malade périrait bientôt, sinon par hémorrhagie, au moins par la compression de la trachée et de l'œsophage. A tout hasard, M. Kerr ordonna le repos et la diète, et tous les médicaments propres à diminuer l'action du système vasculaire.

On fut étonné de voir peu à peu une amélioration réelle; les parties mortifiées se détachèrent, tout se cicatrisa, et au bout d'un mois la tumeur avait sensiblement diminué de volume, et ne fournissait plus aucune hémorrhagie. Le chirurgien put alors examiner avec soin et sans crainte d'aucun danger. Il apprit d'abord que cette tumeur existait depuis trente années; qu'elle avait commencé vers

l'angle de la mâchoire, après un violent accès de toux; puis les battements, l'expansion, le bruit de soufflet, confirmèrent l'opinion qu'il s'agissait d'un anévrysme de la carotide primitive, près de sa bifurcation; la tumeur s'était développée par en bas, et avait refoulé en dehors le tronc de l'artère dont on sentait distinctement les battements, et dont la compression arrêtait ceux de l'anévrysme supposé. Dès lors, M. Kerr se décida à lier la carotide primitive vers sa partie supérieure, seul point que le développement de la maladie laissait accessible. Après cette opération, les battements disparurent, la tumeur s'affaissa peu à peu et, au bout de neuf mois, elle avait diminué de plus de moitié, lorsque la malade fut prise d'une pneumonie et mourut. En disséquant avec soin l'artère carotide depuis son origine jusqu'au delà de sa division, on la trouva oblitérée dans une certaine étendue; mais la tumeur n'avait aucune communication avec ce vaisseau, et ne présentait que des caillots superposés que l'on trouve dans les anévrysmes anciens et oblitérés. On la trouva seulement en connexion avec une branche secondaire de la carotide externe; elle parut formée de tissu cellulaire et de vaisseaux mélangés avec le sang.

Outre l'intérêt de cette observation sous le rapport du diagnostic, dont l'incertitude s'explique par le voisinage de la tumeur et du tronc carotidien, la thérapeutique y puisera encore un enseignement utile dans le résultat favorable qui a suivi la ligature de ce vaisseau important; c'est un succès de plus à enregistrer, car on ne peut imputer à l'opération la mort de la malade, qui survint neuf mois plus tard sous l'influence d'une cause bien déterminée. L'anatomie pathologique de la tumeur a sanctionné complétement cette manière de voir, en montrant l'artère oblitérée dans une assez grande étendue. (*Arch. génér. de méd.*, mars 1844.)

VACCINE ET VARIOLE (*Note pour servir à l'histoire de la*). M. Richelot a eu pour but de montrer dans cette note qu'il existe des sujets qui, en vertu d'une disposition soit héréditaire, soit acquise, sont susceptibles de contracter deux et même trois fois la variole; que toutes les fois que le médecin est mis à même de soupçonner une pareille disposition d'après des accidents de famille, il doit pratiquer la revaccination, et qu'enfin pour peu qu'une apparence d'épidémie variolique se manifeste, si peu intense qu'elle soit, les revaccinations doivent être générales. Avec M. Gillette, auteur d'un bon travail sur les anomalies de la vaccine, l'auteur est porté à penser que l'hérédité doit agir souvent comme cause prédisposante dans les cas de seconde vaccine, et dans ceux de variole après une bonne vaccination ou après une première variole. L'étude de ce sujet d'une grande importance pourrait jeter quelque lumière sur la question digne d'intérêt et encore pendante des revaccinations. D'après cette manière de voir, dit M. Richelot, s'il n'est pas permis de préciser, en général, les cas dans lesquels une seule vaccination peut être insuffisante pour mettre entièrement à l'abri de la variole, on sera du moins naturellement porté à considérer comme une nécessité et un devoir, et non comme une précaution facultative, la revaccination de toute personne dans la famille de laquelle il y aura eu des exemples de récidives, soit de la variole, soit de la vaccine, ou des cas de variole après une bonne vaccine. A l'appui de cette opinion, M. Richelot cite quelques faits fort intéressants parmi lesquels nous choisirons celui-ci.

Une petite fille de trois ans, non vaccinée, a eu la variole à l'âge de six mois. A cette époque elle a été traitée par un médecin bien connu, qui n'a pu se tromper sur la nature d'une maladie si facile à reconnaître, et qui a dit aux parents que l'enfant, ayant eu la variole, n'avait plus besoin d'être vaccinée. La petite fille ne le fut donc pas et ses parents restèrent dans une sécurité complète. En novembre 1842, plusieurs cas de variole se manifestèrent dans le quartier habité par cette famille. Le 15, la petite fille est prise de malaise, de fièvre, de vomissements et de douleurs à l'épigastre. Le 16, dans l'après-midi, tout le corps se couvre de petits boutons. La maladie marche rapidement. Le 20, développement complet d'une variole confluente, surtout au visage. Les yeux sont enflammés et le bord libre des paupières suppure abondamment. Le 23, il y avait peu de fièvre, la langue était presque naturelle; mais la petite malade était plongée dans un grand

accablement, et elle se plaignait toujours de l'épigastre. Elle devint assoupie le 27 et mourut le 28. Le père de cette petite fille n'a jamais été vacciné. A l'âge de 7 ans il a eu la variole, et les cicatrices qu'il porte sur le visage ne permettent pas de douter qu'elle n'ait été extrêmement intense. Sa mère, vaccinée avec succès à l'âge de 6 mois, a eu une variole *très-intense* à l'âge de 27 ans.

Les faits de ce genre ne sont pas rares, mais ce qui est digne d'attention dans le travail de M. Richelot, c'est la liaison qu'il croit exister entre ces faits et une prédisposition héréditaire. Indiquer aux praticiens ce point de vue nouveau et intéressant nous a paru utile. (*Arch. gén. de méd.*, avril 1844.)

VAGIN ET COL DE L'UTÉRUS DOUBLES. *Obstacle à la délivrance par ce vice de conformation; section de la cloison vaginale.* Que de fois la nécessité a forcé le médecin à recourir à des moyens inusités qui ont été couronnés du plus grand succès! Le fait curieux rapporté par M. le docteur Lesaing en est un frappant exemple. Le 27 août dernier, à midi, on vint le prier de voir une malheureuse femme qui, depuis deux jours, était en travail d'un accouchement à terme. Elle était très-souffrante et d'une faiblesse extrême. Le médecin et la sage-femme qui étaient auprès d'elle racontèrent que, depuis trois semaines, la patiente ressentait de temps en temps des douleurs qui présageaient une délivrance prochaine; que le travail avait seulement commencé depuis deux jours; qu'une très-petite quantité d'eau jaunâtre s'était écoulée; que le col utérin ne pouvait pas être encore découvert par le toucher, et probablement à cause de l'obliquité de la matrice; que, malgré des douleurs aiguës longtemps prolongées, malgré la saignée et les grands bains, il ne s'était opéré aucun changement. La femme était âgée de trente ans et primipare. M. Lesaing procéda à l'examen des parties. Les grandes lèvres étaient très-dilatées, ainsi que le conduit vaginal, à l'extrémité duquel existaient quelques brides qui avaient été déchirées. Derrière le pubis, il remarqua un bourrelet semi-lunaire qu'il prit d'abord pour le col aplati et relâché; mais comme il ne communiquait avec aucune cavité, il fut promptement détrompé. Il crut nécessaire d'appliquer le spéculum; après avoir longtemps et vainement cherché le col, il ne se présenta que le bourrelet semi-lunaire déjà indiqué, au centre duquel se remarquait une tache grise, à bords inégaux, d'un centimètre de diamètre. Le doigt, promené au pourtour des parties externes, découvrit un pertuis, à travers lequel il pénétra dans une immense cavité lisse, où fut rencontrée la tête du fœtus et un bourrelet en arc, reconnu pour la moitié du col de la matrice. La tête se présentait dans la position occipito-cotyloïdienne gauche, et commençait à s'engager dans le détroit supérieur. Cette ouverture anormale était placée à la partie moyenne de la vulve, entre les grandes et les petites lèvres, du côté gauche, à la hauteur du méat urinaire; elle était arrondie, lisse, ridée dans le sens de la circonférence formée par la membrane muqueuse, et présentait une largeur de 6 millimètres. Le doigt de nouveau porté à travers ce pertuis, et après avoir parfaitement constaté la dilatation du col, son obliquité à gauche, la rupture de la poche des eaux, et la position de la tête, le médecin chercha à découvrir une ouverture de communication avec l'autre conduit; elle existait près du col et était tellement étroite, qu'il put avec beaucoup de peine y faire passer l'extrémité du doigt, à la rencontre duquel il porta l'index de l'autre main, après l'avoir introduit dans le conduit vaginal voisin, pour s'assurer de la communication qui existait entre ces deux canaux. Ils étaient complétement séparés par une membrane constituant une cloison très-mince et formée par la membrane muqueuse. Elle s'insérait au tubercule qui forme le méat urinaire, descendait le long des crêtes ou lignes saillantes désignées autrefois par Haller sous le nom de colonnes du vagin, et se prolongeait de l'orifice utérin à l'orifice vaginal, en suivant la ligne postérieure. Elle partageait ainsi le vagin en deux parties et allait se coller et se perdre dans la grande lèvre du côté gauche. Le col utérin répondait au conduit dont l'ouverture étroite ne pouvait aucunement donner passage à la tête, tandis que celui qui correspondait à l'orifice bien conformé de la vulve se terminait en cul-de-sac. Mais à l'extrémité de la cloison, très-près du col, existait une petite ouverture, à

travers laquelle le sperme avait sans doute été lancé au moment de la copulation.

Telle était la situation grave de cette femme. L'obstacle à sa délivrance était dû à un vice de conformation du vagin. La déchirure des parties ou une opération pouvait seule en triompher. Après un bain prolongé, on se décida pour la section de la cloison vaginale, qui permettrait après d'extraire le fœtus par le forceps. Elle fut pratiquée en effet, et, une heure après, les forces de la nature ne suffisant pas à l'expulsion du fœtus, on appliqua le forceps, qui ramena une petite fille vivante, mais présentant tous les phénomènes d'un commencement d'asphyxie qui fut heureusement combattue par les moyens appropriés.

Après quelques alternatives de bien et de mal, la femme s'est parfaitement remise de cette secousse, et l'examen ultérieur des parties, fait après cicatrisation, a démontré la duplicité du vagin et du col de l'utérus. (*Gazette médicale de Strasbourg*, avril 1844.)

VARIÉTÉS.

M. le docteur Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur. Le corps médical applaudira à la justice, quoique tardive, qui est rendue à un confrère aussi distingué. Dix ans de service comme médecin de la marine, douze ans de service comme officier de l'Université, la publication de plusieurs ouvrages qui lui ont valu des prix à l'Académie des sciences, étaient des titres tels à cette distinction, qu'on a lieu de s'étonner que M. Forget ne l'ait pas reçue depuis longtemps.

— M. Begin vient d'être nommé membre honoraire du conseil de salubrité établi près la Préfecture de police.

Nomination de six agrégés en médecine. — Le concours de l'agrégation pour la médecine est terminé. Voici les noms des six compétiteurs qui ont été nommés : MM. Fleury, Burguières, Tardieu, Grisolle, Beau et Béhier.

Concours pour l'agrégation en chirurgie. — Le concours pour l'agrégation en chirurgie à la Faculté de Paris suit son cours. Le jury est composé de la manière suivante : Juges : MM. les professeurs Marjolin, Gerdy, Moreau, Blandin et P. Dubois; et MM. les agrégés Lenoir et Larrey; M. Malgaigne, suppléant. Il y a cinq places à donner, dont une pour les accouchements. Les compétiteurs sont : MM. Desprès, Maisonneuve, Lacroix, Marchal, Gosselin, Boinet, Giraldès, Dufresne, Chassaigne, Cazeaux, Depaul, Sardaillon, Jacquemier, Voillemier, D'Arcet, Tavignot, Morel.

Création d'une chaire à Strasbourg. — Par ordonnance du roi, et sur le rapport du ministre de l'instruction publique, une chaire de médecine opératoire vient d'être créée à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Vaccine en Russie — La vaccine a fait, dans ces dernières années, de grands progrès en Russie; il n'y a plus aucune province, tant dans ses possessions asiatiques qu'européennes, où elle n'ait pénétré; même les tribus nomades ont déclaré être prêtes à accueillir son introduction. Il n'y a que les Calmouks qui n'en veulent pas. Ils craignent tant les vaccinateurs et leurs lancettes, qu'à leur approche ils cachent leurs enfants dans les cachettes les plus impénétrables. Il faut toute la ruse des vacci-

nateurs et toute l'autorité des gouvernants, pour engager les parents à présenter leurs enfants à la vaccination. Ils croient que la vaccination est une opération magique, par laquelle on voue à l'esprit malin ceux qui s'y soumettent. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que malgré leur crainte pour la vaccine, celle-ci se développe plus vite dans le corps des Calmouks que dans tout autre. L'année dernière, cinquante-quatre vaccinateurs ont été envoyés à cette peuplade ; ils ont inoculé la vaccine à 3,548 individus.

Médecins de Belgique. — Le nombre des docteurs en médecine admis en Belgique par le jury d'examen a été, dans les quatre dernières années de 1839 à 1843, de 151, ainsi répartis : de l'université de Louvain 46, de celle de Gand 41, de celle de Liège 38, de celle de Bruxelles 26; ce qui donne par année une moyenne de 37 3/4. — Durant ce même laps temps, le nombre de docteurs en chirurgie a été de 91, ainsi répartis : de l'université de Louvain 30, de celle de Bruxelles 27, de celle de Gand 18, de celle de Liège 16; ce qui donne par année une moyenne de 22 3/4. — Le nombre de docteurs en accouchements créés pendant ces quatre années se répartit de la manière suivante : Louvain 43, Gand 37, Liège 27, Bruxelles 23 ; total 130, soit 32 1/2 par année. — Cela fait qu'en moyenne dans les trois branches il a été créé par année 93 médecins en Belgique.

Crayons dermographiques. — Les moyens usités jusqu'à présent pour indiquer sur la peau le volume des organes déterminé par la percussion au moyen du plessimètre sont la plume chargée d'encre et le nitrate d'argent; la première pour tracer les lignes qui limitent les organes, le nitrate pour rendre ces lignes assez permanentes. Mais ces moyens sont incommodes et pour l'explorateur et pour le malade. M. Pyrlas, jeune Grec étudiant en médecine, propose une composition qui a plus d'avantages; il a fait des crayons dont M. Piorry s'est servi avec succès. Ces crayons, qu'on peut nommer dermographiques, peuvent résister à la transpiration et même au bain chaud.

Voici une première formule : Pr. axonge, 1 partie; térébenthine de Venise, 2 parties; cire, 3 parties ; noir de fumée, q. s.

Faites fondre, agitez et malaxez avec une spatule, en y ajoutant petit à petit le noir de fumée jusqu'à consistance peu molle. Ensuite, retirez le tout du feu et agitez toujours jusqu'au refroidissement. Donnez à la masse la forme de crayons.

M. Pyrlas, ayant remarqué que la pâte, produit de cette formule, avait l'inconvénient de se ramollir trop facilement pendant les chaleurs, donne, comme préférable, le procédé suivant : Pr. Colophane, 5 parties; stéarine, 4 parties; cire, 2 parties; noir de fumée, q. s.

Faites fondre, agissez comme dans la première formule ; versez ensuite dans des moules pour former les crayons et laissez refroidir.

Pour enlever de la peau les lignes tracées par ces crayons, il suffit de les frotter légèrement avec un linge imbibé d'essence de térébenthine. — D'ailleurs, si l'on veut avoir un crayon moins durable et facile à effacer sans avoir recours à autre chose qu'à un simple frottement, on remplacera la térébenthine par du savon commun, et on mettra partie égale de cire ; et enfin, si on veut en avoir de rouges, on mettra du cinabre ou du bioxyde de mercure (précipité rouge) à la place du noir de fumée.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE LA GASTRITE AIGUE, DE LA GASTRITE CHRONIQUE ET DE LA GASTRALGIE.

Par M. VALLEIX, médecin des hôpitaux, etc.

Il y a quelques années, on a donné une très-grande importance, en pathologie, à l'inflammation de l'estomac. L'école physiologique voyait dans ce viscère un grand centre d'affections, dont les sympathies allaient retentir sur tous les points de l'économie. Il semble donc qu'à cette époque on ait dû étudier la gastrite et ses diverses formes avec le plus grand soin, et qu'une vive lumière ait dû jaillir sur ces maladies. Mais on est bientôt détrompé quand on parcourt les travaux publiés sur ce point par cette école, et en particulier les observations recueillies par son chef, par Broussais. Pour bien établir l'existence de l'inflammation de l'estomac, pour démontrer d'une manière péremptoire que dans cette inflammation était réellement la source des divers symptômes qu'on lui attribuait, il aurait fallu suivre pas à pas la marche de la maladie, en bien préciser le début, rechercher si dans d'autres organes on ne trouverait pas la cause des phénomènes morbides, en un mot, se livrer à une observation exacte et détaillée ; et c'est évidemment ce qu'on n'a pas fait. Dans les cas soumis à l'observation des auteurs dont il est ici question, on s'est borné à constater que l'estomac présentait des lésions inflammatoires ; mais ces lésions étaient-elles primitives ou secondaires? étaient-elles principales ou accessoires? c'est ce qu'on n'a pas pris la peine de rechercher.

Qu'est-il résulté de cette manière de procéder? que les symptômes qu'on a d'abord attribués à une simple gastrite, il a fallu plus tard en voir la source dans une gastro-entérite ; que les nouvelles recherches ayant fait connaître d'une manière plus complète la fièvre typhoïde, il a fallu ensuite renoncer à cette gastro-entérite ; qu'il a été alors évident que le diagnostic avait été mal posé, et qu'on avait confondu entre elles les affections les plus diverses.

Si nous joignons à cela que dans bien des cas on a vu l'inflammation là où elle n'existait pas, et qu'on a eu bien souvent à se repentir

d'un diagnostic mal posé, on aura la raison des doutes qui se sont élevés depuis sur l'existence même de la gastrite. Il est fort singulier, en effet, que beaucoup de médecins aient aujourd'hui de la peine à admettre cette existence, lorsque, il y a à peine quinze ans, on voyait cette maladie partout. Dans un des derniers concours pour le Bureau central des hôpitaux, un des candidats n'a pas pu diagnostiquer une gastrite très-évidente, sans soulever des réclamations très-vives, et sans se faire accuser d'erreur par quelques-uns. C'est ainsi qu'on tombe presque toujours d'un excès dans l'excès opposé.

Les observations publiées par M. Andral, dans sa *Clinique médicale*, n'étaient point faites pour mettre un terme à toutes ces incertitudes; manquant généralement de détails importants, ayant le plus souvent trait à la gastrite chronique aussi bien qu'à la gastrite aiguë, elles sont bien plutôt propres à jeter une nouvelle confusion sur ce point de pathologie; mais ce qui est bien plus fâcheux encore, c'est la réunion sous un même titre de la *gastrite chronique* et du *cancer de l'estomac*, que des idées théoriques démenties par les faits, ont engagé cet auteur à adopter. Les mêmes reproches doivent être adressés à beaucoup d'autres auteurs, et notamment à M. Bouillaud qui, en traitant du cancer de l'estomac, s'est efforcé d'établir entre l'inflammation et le cancer une liaison qui n'existe pas.

Quelle opinion veut-on que se fasse le praticien au milieu de toutes ces idées confuses, inexactes, hypothétiques? Et cependant l'inflammation de l'estomac et la gastralgie peuvent se présenter à lui sous leurs diverses formes et avec leurs divers symptômes. N'ayant aucun guide dans son diagnostic et dans son traitement, il est exposé chaque jour à commettre les méprises les plus préjudiciables aux malades, et à prolonger indéfiniment des affections qui auraient cédé aux moyens appropriés. On n'accusera sans doute pas ces paroles d'exagération; car le vague dans lequel nous sommes restés, après avoir eu une confiance aveugle, est tel, qu'un auteur tout récent a pu dire ce qui suit, dans son article sur la gastrite aiguë (*Trait. élément. et prat. de pathol. int.*, par M. Grisolle, 1844) : « Dans l'état actuel de la science, l'inflammation de l'estomac, en tant qu'affection spontanée, est excessivement rare, et personne encore n'a pu en tracer une histoire satisfaisante. »

D'après tout ce qui précède, j'ai cru qu'il serait d'un haut intérêt pour la pratique de rechercher ce qu'on a publié de positif sur les maladies de l'estomac indiquées dans le titre de cet article. Sans doute, comme le fait remarquer l'auteur que je viens de citer, et comme le prouve l'observation journalière, la gastrite est une affec-

tion rare, mais elle n'en intéresse pas moins le médecin à plus d'un titre. La gastrite simple aiguë, quoique rare en effet, ne laisse pas de se présenter de temps en temps à l'observation ; la gastrite chronique est plus rare encore comme affection spontanée ; mais elle est fréquente comme affection secondaire, et alors, suivant la remarque de M. Louis (*Du ramollissement, etc., de la memb. muq. de l'estom., Recherch. anat. pathol.*, Paris, 1826), elle peut acquérir un haut degré d'importance : « Nous n'avons dans aucun cas, avait dit d'abord cet auteur (pag. 67), observé la maladie dans son état de simplicité ; chez la plupart des sujets elle n'était que secondaire à une affection mortelle de sa nature, et l'on pourrait par ces raisons regarder les règles du pronostic comme de fort peu d'importance ici. Néanmoins, si on considère que la lésion qui nous occupe est quelquefois maladie principale, et peut causer la mort au moment où l'on s'y attend le moins ; que quand elle est accessoire à une maladie inévitablement mortelle, elle peut encore en accélérer de beaucoup le terme fatal, on conviendra que l'exactitude du pronostic serait d'un très-grand prix. » Ces remarques très-justes s'appliquent également à l'exactitude du diagnostic, si importante pour le traitement ; et de plus, si, avec cet auteur, on a pu arriver à une semblable conclusion alors qu'on n'avait pas encore trouvé la gastrite chronique à l'état de simplicité, à plus forte raison doit-on l'admettre lorsque les recherches ultérieures de M. Louis (*loc. cit.*, p. 71 et suiv.) sont venues nous faire connaître que cette affection se montre parfois dégagée de toute complication, et qu'on peut très-bien la guérir.

Reste enfin la *gastralgie*, maladie très-fréquente encore aujourd'hui (où, par un traitement contraire, on ne la prolonge et on ne l'aggrave pas aussi généralement qu'on le faisait autrefois), et qu'il est nécessaire de bien connaître pour ne pas la confondre avec des affections plus graves. On le voit donc, le praticien est fortement intéressé à ce que ces diverses maladies soient bien séparées les unes des autres, et que le traitement qui appartient à chacune d'elles soit bien déterminé ; aussi vais-je les envisager tour à tour sous le point de vue de l'étiologie, du diagnostic et du traitement.

1° *Etiologie.* — *Gastrite aiguë.* — Si nous examinons d'abord ce qui a été dit sur l'inflammation aiguë de l'estomac, il semble que nous pouvons indiquer comme positive l'influence d'un grand nombre de causes, parmi lesquelles il faudrait placer en première ligne ***tous les excitants portés sur l'estomac.*** On sait combien Broussais a insisté sur ce point. Il étudiait avec le plus grand soin l'alimentation en particulier, et en général le régime des malades, pour y trouver la cause ex-

citante de la gastrite. Mais si l'on examine les observations, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il y a la plus grande exagération dans cette opinion, qu'on a vue cependant généralement adoptée pendant plusieurs années, et qui, comme nous le verrons plus tard, a eu les plus funestes résultats dans la pratique.

Et d'abord il faut le dire, les observations de Broussais ne peuvent nous être d'aucune utilité. Sur les sept qu'il a présentées (*Histoire des phlegmasies chroniques*, tom. II), il n'en est pas une seule, en effet, qui se rapporte à la gastrite simple. Si cet auteur célèbre a pu croire que dans les cas recueillis par lui la maladie avait son siége principal dans l'estomac, c'est qu'il ne tenait pas assez compte des symptômes du début, et que par suite d'idées préconçues il regardait comme des phénomènes sympathiques de la maladie gastrique, des symptômes qui appartenaient à une affection plus générale, et en particulier à la fièvre typhoïde. Les mêmes reproches peuvent être adressés à la plupart des auteurs qui à cette époque se sont occupés de la gastrite. Aussi qu'en est-il résulté? C'est, comme je l'ai déja fait observer, et comme il importe de le répéter parce que c'est un fait capital trop peu reconnu, que l'observation faisant des progrès, ces mêmes auteurs ont été obligés de reconnaître l'existence concomitante d'une inflammation des intestins, que la gastrite a dû se transformer en gastro-entérite, et que plus tard, l'observation marchant toujours, la gastro-entérite est devenue une fièvre typhoïde dans laquelle, comme on le sait, l'inflammation de l'estomac n'est autre chose qu'une lésion secondaire.

Comme, depuis cette époque, les observateurs ont beaucoup négligé l'étude de la gastrite, conséquence naturelle des doutes qui se sont élevés sur son existence, nous n'avons que peu de renseignements précis sur l'étiologie de cette affection considérée dans son état de simplicité. Voici néanmoins ce que nous apprend le petit nombre de faits qu'il m'a été permis de consulter. Chez une jeune fille que j'ai traitée à l'hôpital de Lourcine, la maladie se développa *sans cause connue*. La malade étant à l'hôpital, on avait pu s'assurer qu'il n'y avait eu d'excès d'aucun genre, et que le régime était très-doux. Nous trouvons la même absence de cause appréciable dans deux observations recueillies par M. Cossy en 1841, dans le service de M. Louis. Dans deux autres, qui ont été prises également par M. Cossy, nous ne voyons guère de causes évidentes. Cependant, chez une femme observée en 1840, la maladie se développa après une *fatigue* assez grande, la malade ayant fait un trajet de cinquante lieues dans une voiture de roulier dont le cahot était très-rude; et chez un autre sujet observé en 1843, il existait depuis quelque temps un *dévoiement léger* qui l'avait affaibli. On pourrait voir

dans cette circonstance, notée chez le dernier sujet, une cause prédisposante de la maladie; mais, pour les causes excitantes, elles n'ont pas été plus appréciables que dans les premières observations.

On voit par là combien nous sommes peu avancés dans cette étude des causes de la gastrite, qui semblait avoir fait tant de progrès par suite des recherches de l'école physiologique. Je sais bien qu'on trouve dans les anciens auteurs, sous le titre de *Ventriculi inflammatio*, un assez grand nombre d'observations dans lesquelles sont constatées des causes assez nombreuses. Ainsi Lieutaud (*Hist. anatom. médic.*, tom. I, pag. 20 et suiv.) a rassemblé plusieurs faits où la maladie est attribuée à l'*ingestion de boissons froides le corps étant en sueur*, à l'*exposition prolongée au froid*, à l'*arrêt d'une diarrhée préexistante*, aux *excès de boissons alcooliques*. Mais ces causes, qui toutes sont également admises par Broussais, ne me paraissent pas néanmoins établies d'une manière satisfaisante, et j'en trouve la raison encore dans l'incertitude du diagnostic. Que l'on parcoure, en effet, ces observations empruntées à des hommes très-célèbres, comme Haller, Stork, Bonnet, etc., et l'on verra, malgré la concision extrême de l'auteur, que rien n'est moins démontré que la simplicité de l'affection. Je ne prétends certainement pas que ces causes ne peuvent pas exister; mais entre la possibilité de leur existence et la démonstration, il y a bien loin, et je constate seulement que les faits sont entièrement insuffisants pour qu'on puisse se prononcer avec confiance comme l'ont fait la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Il est sans doute remarquable qu'un organe soumis à des influences si diverses, que nous voyons chaque jour exposé à l'action des substances les plus actives, et qui semble devoir être le premier attaqué par tous les excès de régime, puisse résister à tant de causes en apparence si violentes; mais le fait n'en existe pas moins, et une réflexion bien simple, qui se présente naturellement à l'esprit du lecteur, lui fera comprendre qu'il n'y a aucune exagération dans ce que j'avance. S'il est vrai, comme l'observation journalière le prouve, et comme je l'ai fait remarquer plus haut, que la gastrite aiguë survient si rarement dans le cours de la santé, et ne se présente presque toujours que comme lésion secondaire, comment se ferait-il que les excès de régime et l'abus des boissons alcooliques en particulier, si fréquents et poussés si loin, auraient, en leur supposant une si grande puissance, si peu d'action réelle? Ainsi tout concourt à démontrer que les opinions soutenues à ce sujet il y a quelques années, étaient entièrement erronées.

Je pourrais encore faire mention de quelques autres causes; mais la même incertitude régnant à leur égard, il serait peu utile d'en parler

avant que des observations bien faites soient venues nous faire connaître la vérité. Je veux seulement dire quelques mots d'une cause particulière qui m'a paru avoir la plus grande part dans la production d'une gastrite très-violente que j'ai eue à traiter il y a deux ans ; c'est l'action des *impressions morales vives*. Déjà Morgagni (*De caus. et sed. morb.*) avait cité un cas où des préoccupations fâcheuses avaient précédé l'apparition de la maladie. Broussais a lui-même admis l'existenc de cette cause ; mais je ne crois pas qu'il existe dans la science aucun fait plus frappant que celui que j'ai observé, et dont je crois devoir consigner ici les principaux détails.

Obs. I. Un jeune artiste devant faire ses débuts, était depuis quelque temps préoccupé de cette pensée, qui, sans avoir chez lui produit de maladie, influa néanmoins d'une manière notable sur son état. Deux jours avant son début, son appétit diminua notablement sans qu'il y eût de douleur à l'épigastre, ni aucun autre symptôme du côté de l'estomac. Le jour même l'appétit était complétement perdu; néanmoins, comme il craignait pour la soirée une trop grande faiblesse, et d'après le conseil de ses amis, il s'efforça de manger, vers quatre heures, un peu de potage, une petite quantité de bœuf bouilli et de boire un demi-verre de vin pur. Il mangea avec dégoût, et pendant toute la soirée il se trouva dans un état de malaise notable, mais qu'on aurait pu attribuer aussi bien à l'émotion qu'à la difficulté de la digestion. La bouche était sèche et la faiblesse assez considérable.

Dans la nuit, et avant que le malade eût pu s'endormir, des douleurs violentes s'éveillèrent du côté de l'estomac; il y eut des efforts réitérés de vomissement, et enfin des vomissements de matières alimentaires, puis bilieuses, qui commencèrent alors pour ne s'arrêter que le quatrième jour de la maladie.

Lorsque j'arrivai auprès du malade, dans la journée du lendemain, je le trouvai dans l'état suivant : face exprimant l'anxiété et la souffrance, médiocrement rouge; vomissements incessants; douleurs vives à l'épigastre, augmentant d'une manière très-notable pendant les vomissements, qui alors étaient composés de matières blanchâtres mêlées de parties solides ressemblant à des aliments en grande partie digérés, et d'une partie de bile qui donnait en passant une sensation d'amertume marquée; la pression épigastrique causait de la douleur et de l'anxiété, la région de l'estomac était un peu rétractée et la percussion ne faisait point reconnaître dans cet organe de grande accumulation de gaz ou de liquide. L'appétit était nul; la soif intense, mais la plus petite quantité de boisson provoquait à l'instant le vomissement. La langue, couverte d'un enduit léger, était souple, humide et de couleur naturelle. Le ventre, souple et bien conformé, était indolent partout; il n'y avait point eu de selles quoiqu'on eût donné un lavement émollient. La céphalalgie, médiocre, était cependant incommode par sa persistance, la douleur occupait exclusivement le front. La poitrine, en bon état sous le rapport de l'auscultation et de la percussion, présentait néanmoins ceci de remarquable, que la respiration était saccadée, que l'inspiration était très-courte, et que presque à chaque expiration il y avait, non pas

une véritable toux, mais de petites secousses successives, avec expulsion bruyante de l'air contenu dans les poumons; du reste, point de véritables crachats, mais seulement par moments expuition de mucosités buccales mêlées de salive. Le pouls, médiocrement large, était peu accéléré. L'intelligence était parfaite, et quoique pendant la nuit il y eût de fréquents mouvements occasionnés par la douleur, et que le malade se découvrît fréquemment la poitrine et la région épigastrique, comme pour se débarrasser d'un poids incommode, il n'y eut point de vive agitation.

Je prescrivis d'abord 5 centigrammes de tartre stibié dans un verre d'eau; puis je recommandai de faire fondre dans la bouche de petits fragments de glace, d'y exprimer le jus de quelques tranches d'orange, d'appliquer un cataplasme sur l'abdomen et d'administrer un lavement légèrement laxatif. Cette prescription dut être exécutée le soir.

Le lendemain, j'appris qu'après quatre ou cinq vomissements plus abondants que les précédents et provoqués par l'émétique, il y avait eu un soulagement marqué. Ces vomissements étaient composés d'une assez grande quantité de matière blanchâtre et grisâtre, nageant dans du mucus et une proportion assez considérable de bile verte. Le soulagement dura quatre ou cinq heures, mais vers le milieu de la nuit les vomissements, qui n'avaient eu lieu qu'une ou deux fois pendant l'intervalle de temps que je viens d'indiquer, se renouvelèrent plusieurs fois dans un quart d'heure, et quoiqu'ils fussent un peu moins douloureux et un peu moins fréquents que dans la journée, ils tourmentèrent beaucoup le malade. Son état présentait néanmoins une légère amélioration. La céphalalgie avait un peu diminué; le pouls était très-peu fréquent; la douleur n'avait point augmenté à la région épigastrique; le lavement avait procuré une selle naturelle. (Vingt-cinq sangsues à la région épigastrique; continuation du traitement, sauf le tartre stibié.)

Les deux jours suivants les vomissements diminuèrent graduellement de nombre et d'intensité; ils furent presque entièrement bilieux; la douleur épigastrique se calma peu à peu. La respiration devint moins anxieuse, et les autres symptômes s'améliorèrent en même temps. La céphalalgie, en particulier, disparut complétement.

Le cinquième jour il ne restait plus qu'une légère sensibilité épigastrique; l'appétit était cependant toujours perdu, et par moments il y avait encore quelques nausées sans vomissement. Le pouls était presque entièrement revenu à son état naturel. J'avais continué le traitement simple dont j'ai parlé, et je m'étais borné à faire une nouvelle application de sangsues, au nombre de quinze, sur l'épigastre, le troisième jour.

Enfin, le neuvième jour, l'état du malade était tel qu'on put lui permettre un peu de gelée au citron; mais, sans en éprouver d'effet local fâcheux, il s'en dégoûta bientôt. Un peu de bouillon de poulet fut mieux supporté. Les jours suivants je permis des aliments légers; mais l'appétit se rétablissait difficilement et les digestions étaient un peu pénibles. Ce ne fut que par l'usage d'une petite quantité de quinquina une demi-heure avant chaque repas, que les fonctions digestives se rétablirent complétement, et au bout d'une vingtaine de jours le malade put partir pour son pays où, sans suivre aucune précaution dans son régime, il recouvra très-promptement une santé parfaite.

Réflexions.—On ne doutera sans doute pas, après la lecture de cette observation, que la cause morale n'ait agi avec beaucoup d'efficacité; cependant, il y a cette circonstance que des aliments et une très-petite quantité de vin furent pris à contre-cœur; mais si l'ingestion de ces substances a été pour quelque chose dans la production de la maladie, il est évident que c'est par suite de l'état particulier dans lequel des émotions vives avaient placé le malade.

Je reviendrai plus tard sur les détails du traitement. Je ferai seulement remarquer ici que, sous quelques rapports, il a été bien différent de celui qui est généralement conseillé. Lorsque j'ai vu le malade pour la première fois, je n'ai pas hésité, malgré la douleur épigastrique, la violence des vomissements, en un mot, les symptômes d'inflammation gastrique, à prescrire un vomitif, et si l'on a remarqué ce qui s'est passé après l'administration de ce médicament, on aura vu que bien loin de produire une aggravation des symptômes qui, dans des idées encore trop généralement reçues, aurait dû survenir, elle a, au contraire, été suivie d'une amélioration sensible qui ne s'est point démentie plus tard. Ce fait auquel j'en pourrais joindre beaucoup d'autres de la même nature, prouve combien est exagérée la crainte que la théorie a inspirée sur l'action nuisible des vomitifs, même alors que la muqueuse gastrique est enflammée. Ce n'est pas à dire, sans doute, qu'on doive abuser de ce moyen, et qu'il soit permis de le mettre en usage lorsqu'il n'y a pas, comme dans le cas présent, une indication particulière; mais si cette indication existe, on ne doit pas craindre de la remplir, par suite d'une idée préconçue.

On vient de voir ce qu'il faut penser des assertions si positives émises sur l'étiologie de la gastrite aiguë; passons maintenant à celle de la gastrite chronique.

Gastrite chronique.—J'ai dit, et je dois le répéter ici, que la gastrite chronique se manifestait principalement, ou pour mieux dire presque toujours, dans le cours d'une autre affection. Les recherches récentes, et en particulier celles de M. Louis, le prouvent jusqu'à l'évidence; mais dans ces cas même, quelle est la cause excitante qui lui a donné naissance? C'est là ce qu'il serait important de savoir; car, ainsi que je l'ai déjà remarqué, cette affection peut avoir par elle-même un degré réel de gravité. Mais ici encore nous trouvons beaucoup de difficultés, parce que la plupart des auteurs n'ont pas noté avec le soin nécessaire les diverses circonstances dans lesquelles s'est produite la maladie. Voici comment M. Louis (*loc. cit.*, pag. 69) s'exprime à ce sujet : Les deux seuls cas, dit-il (sur quinze sujets dont il a rapporté

l'histoire) dans lesquels l'affection paraissait avoir été déterminée par des causes manifestes, sont favorables à l'opinion émise sur sa nature (nature inflammatoire). L'un des sujets s'était livré à des excès de vin et d'eau-de-vie trois jours de suite ; l'autre vivait dans la misère depuis six mois, quand se développèrent les premiers symptômes gastriques. Toutefois n'oublions pas que sur douze de nos malades, dont l'histoire a été recueillie dans des salles qui contiennent un nombre égal de personnes de l'un et l'autre sexe, se trouvent huit femmes, et que si l'expérience venait à montrer que la maladie en question est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, il faudrait aussi en conclure que les causes excitantes les plus communes ne sont pas des excès de table, les femmes y étant moins adonnées que les hommes. »

Il résulte, comme on le voit, de cette citation, que rien n'est moins prouvé, même dans la gastrite chronique, que l'influence extrême des excitants. Dans quelques autres cas observés par le même auteur, et qui nous offrent cette circonstance importante que la maladie était simple ou qu'elle avait succédé à une affection aiguë terminée par la guérison, la même absence de causes excitantes bien évidentes a été démontrée; mais on y remarque, chez deux femmes, une suppression préalable de règles qui peut-être a eu de l'influence sur le développement de la maladie, ou bien qui était due à la même cause qui produisait la gastrite chronique.

Tout ce que je viens de dire sur l'étiologie de la gastrite aiguë et de la gastrite chronique n'aurait pas une grande importance (puisqu'en somme nous ne trouvons guère que des résultats négatifs), si par ces considérations nous n'étions conduits à une conclusion qui peut avoir une grande influence sur la pratique. En remarquant, en effet, d'une part, le peu de puissance des causes dont nous venons de parler, et de l'autre, en réfléchissant (ce que nous pouvons faire ici par anticipation) à la facilité avec laquelle la gastralgie se produit ou s'aggrave sous l'influence des débilitants, on voit quel danger il y aurait à soumettre les malades à un régime trop rigoureux, surtout si on le continuait trop longtemps. Mais ce sont des réflexions sur lesquelles je reviendrai à propos du traitement.

Gastralgie. — Si nous avons trouvé un aussi petit nombre de causes assignées à la gastrite, soit aiguë, soit chronique, et si nous n'en avons vu que quelques-unes qui aient en leur faveur à peine un commencement de preuve, en revanche, nous trouvons pour la gastralgie une multitude de causes qui ont été signalées par les auteurs, et dont plusieurs ont été bien constatées. Je ne veux point énumérer ici ces causes si variées ; ce serait sortir de mon sujet, car je ne veux point

faire l'histoire des maladies de l'estomac, mais seulement présenter quelques considérations générales d'une application utile (1).

Si l'on examine avec quelque attention les faits que possède la science, on voit que les causes de la gastralgie se divisent naturellement en deux ordres distincts. Dans l'un, se trouvent celles qui agissent directement sur l'estomac, et dans l'autre, celles qui portent leur action sur cet organe par suite d'une influence plus générale, et en quelque sorte en altérant toute l'économie. Or, dans le premier ordre, nous trouvons et les excitants directs, et, chose remarquable, les débilitants, c'est-à-dire le régime composé de substances trop peu toniques. Cependant, relativement à ces dernières causes, il faut dire que leur action ne s'est guère montrée manifeste que lorsque, par suite de circonstances difficiles à apprécier, la maladie s'était déjà développée. Alors, en effet, comme l'a très-bien fait remarquer M. Barras, plus on insiste sur les émollients et sur un régime très-léger, plus on voit s'aggraver les symptômes que l'on veut combattre.

On se rappelle le nombre infini de prétendues gastrites chroniques qui existaient il y a une vingtaine d'années. Eh bien ! il est aujourd'hui démontré que la plupart de ces affections n'étaient autre chose que des gastralgies, que le traitement tendait à perpétuer. M. Barras a donc rendu un grand service en montrant à quel danger les idées théoriques exposaient les malades. Mais on se tromperait si l'on croyait que cette erreur est complétement extirpée. N'est-ce point un reste d'attachement à des idées que l'on a adoptées pendant plusieurs années, qui fait la fortune de quelques charlatans trop connus ? Administrant aveuglément à tous les malades les excitants, et un régime analeptique, s'ils viennent à tomber sur des cas de gastralgie ainsi aggravés, leur succès est prompt et certain. On sent combien l'honneur de la médecine est intéressé à ce que de semblables faits ne se multiplient pas, et combien le médecin doit être attentif dans le diagnostic de ces affections.

Il paraît extraordinaire que des excitants, portés directement sur la muqueuse gastrique, puissent avoir le même effet que les délibitants dont je viens de parler ; mais c'est là un fait à l'appui duquel tous les auteurs ont cité de nombreux exemples. Ainsi, les observations abondent, dans lesquelles l'abus des épices, du poivre, du piment en particulier, certaines substances végétales comme l'ail, l'oignon, les radis, les fruits acides ; les liqueurs alcooliques violentes, lorsqu'on n'a pas

(1) Cette réflexion s'applique également à ce que je viens de dire de la gastrite, et explique pourquoi je n'ai parlé ni des corps étrangers dans l'estomac, ni des caustiques. Il n'est question dans cet article que des affections de l'estomac non traumatiques.

l'habitude d'en prendre, etc., ont été suivies de douleurs d'estomac, avec des troubles variés de la digestion. Ainsi ces causes, dont nous avons trouvé l'influence si peu marquée dans la production de la gastrite aiguë ou chronique, agissent au contraire très-fréquemment et avec beaucoup d'activité dans la production de la gastralgie, c'est-à-dire d'une affection de nature purement nerveuse !

Cependant, je dois présenter ici une réflexion qui n'a point été faite par les auteurs qui se sont occupés récemment de la gastralgie, et qui me paraît avoir son importance. Si nous examinons ce qui se passe dans les diverses muqueuses soumises à notre examen direct, et en particulier dans la muqueuse buccale, sur laquelle sont journellement portés les mêmes agents qui peuvent exciter l'estomac, nous voyons que l'inflammation peut s'y produire à un très-faible degré. Ainsi, après l'usage ou l'abus d'aliments âcres ou fortement excitants, ne voit-on pas paraître sur la langue, sur le palais, et plus rarement sur les autres points de la muqueuse buccale, soit des papules, soit des élevures larges, rouges, douloureuses, et que le changement d'alimentation fait bientôt disparaître? Ne sent-on pas dans la bouche, immédiatement après l'usage de ces substances, une ardeur plus ou moins considérable? Or, ne peut-on pas admettre que les mêmes effets ont lieu sur l'estomac? Ce qui semble prouver qu'il en est réellement ainsi, dans un bon nombre de cas du moins, c'est que ces gastralgies n'ont point, comme celles dont nous parlerons tout à l'heure, une grande tendance à se prolonger, et que l'usage des adoucissants, si funeste dans les cas de gastralgies réelles, fait bientôt disparaître tous les symptômes. C'est de l'examen des faits que j'ai tiré les idées qui se présentent ici; toutefois, je conviens que l'observation attentive et réitérée doit encore s'exercer sur ce sujet intéressant.

Dans le troisième ordre de causes nous trouvons les états nerveux divers, l'hystérie, l'hypocondrie, l'épuisement nerveux résultant des grandes fatigues, des excès vénériens, de la masturbation, des impressions morales, les affections tristes, etc., etc.; puis certains états morbides comme l'anémie et la chlorose, ou bien la grossesse, et, à ce sujet, je dois indiquer ici un cas qui vient d'être soumis à mon observation.

Obs. II. Chez une femme qui a eu plusieurs enfants, il est survenu, deux jours après la première absence de l'écoulement menstruel, résultant d'une nouvelle grossesse, de violentes douleurs d'estomac avec dégoût pour les aliments, salivation presque continuelle; grande faiblesse; quelques évanouissements, et tout cela sans aucun symptôme de fièvre. Il n'y a eu dans tout le cours de la maladie, qui s'est pro-

longée pendant un mois, que deux vomissements, l'un de matières alimentaires, l'autre de mucosités mêlées d'une petite quantité de bile. La maladie, vainement combattue et même aggravée par les sangsues à l'épigastre et les émollients, a cédé rapidement à l'usage du quinquina et du carbonate de fer. Je rappellerai ce cas quand il s'agira du traitement comparatif des affections dont il s'agit ici.

Ce sont ces cas, où la maladie est sous la dépendance d'un état général de l'organisme, qui se montrent le plus rebelles et qui ont une si longue durée. On connaît en particulier ces gastralgies interminables dont les hypocondriaques sont si fréquemment affectés, et voilà les prétendues gastrites chroniques que nous avons vues régner pendant de si longues années, et qu'on observe aujourd'hui si rarement !

Dans un prochain article nous nous occuperons du diagnostic et du traitement comparatif de ces diverses affections.

VALLEIX.

NOTE SUR L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DU DEUTO-IODURE DE MERCURE ET SUR UN MODE SPÉCIAL D'ADMINISTRER CE MÉDICAMENT.

Par M. GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1).

Tout le monde sait que c'est au docteur Coindet, de Genève, qu'on doit l'introduction dans la thérapeutique d'un médicament nouveau dont l'usage n'a cessé de se propager et de se répandre de plus en plus depuis l'an 1820. Je veux parler de l'iode et des diverses combinaisons dans lesquelles on l'a fait entrer, notamment en l'unissant au potassium et au mercure.

Dès 1821, le docteur Coindet avait appliqué les préparations iodurées au traitement des scrofules.

En 1812, le professeur Brera, de Padoue, les avait introduites dans la thérapeutique des affections *vénériennes*. A peu près vers la même époque, le docteur Biett les expérimentait à l'hôpital Saint-Louis dans le traitement des *maladies de la peau* (2).

(1) M. Gibert continue avec succès, à l'hôpital Saint-Louis, l'enseignement spécial fondé par son prédécesseur Alibert. Ses leçons cliniques sur les maladies de la peau attirent chaque été un grand concours d'élèves et de médecins. (*N. du réd.*)

(2) Voir le *Nouveau Dictionnaire de Médecine*, 1re édition, tome XII, p. 430; et 2e édit., tome XVII, p. 90 à 113; la *Bibliothèque de Thérapeutique* du docteur Bayle, tome I, 1828, p. 1 à 197; ainsi que l'analyse du mémoire de M. Lugol, dans le tome IV, an 1829, de la *Revue médicale*.—Voir aussi le mémoire sur l'emploi du proto-iodure de mercure, publié en 1831 par M. Biett dans le *Bulletin de Thérapeutique*, tome I, page 369.

Depuis lors, un grand nombre de praticiens ont multiplié ces expériences, et aujourd'hui, l'iode et ses composés sont d'un usage vulgaire dans le traitement des scrofules, de la syphilis et des maladies de la peau.

Les iodures de mercure, en particulier, ont été l'objet de recherches thérapeutiques de M. Biett, et c'est à lui qu'on doit, sans aucun doute, la méthode générale de traitement de la syphilis par le proto-iodure de mercure, que nous avons recommandée nous-même dans la première édition de notre *Traité des maladies de la peau*, publiée en 1834, et dans notre *Manuel des maladies vénériennes*, publié en 1836.

Chargé, à cette époque, du traitement des femmes vénériennes à l'hôpital de Lourcine, j'y fis quelques essais sur une préparation d'iodure de mercure qui, à ma connaissance, n'avait point encore été administrée, et qui me parut dès lors jouir d'une assez grande efficacité; je veux parler du *sirop de deuto-iodure ioduré* préparé par M. Boutigny, pharmacien de Paris.

Jusque-là, le deuto-iodure de mercure n'avait guère été employé à l'intérieur, quoiqu'il eût été indiqué depuis longtemps dans plusieurs formulaires : M. Biett, lui-même, m'avait toujours paru redouter singulièrement l'énergie de ce médicament. Un mémoire, publié en 1826 dans le tome IV de la *Nouvelle bibliothèque médicale*, vantait seulement l'application extérieure de ce composé, d'après diverses expérimentations faites sous les auspices de M. Manry, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le professeur Brera, de Padoue, avait administré, à la vérité, à quelques malades une *solution alcoolique de deuto-iodure de mercure*, qu'il faisait prendre à l'intérieur, à la dose de dix gouttes représentant un seizième de grain seulement de deuto-iodure; mais ce mode de préparation et d'administration diffère beaucoup de celui sur lequel nous désirons appeler toute l'attention des praticiens (1).

Nous devons donc poser en fait que lors de nos premiers essais en 1836, à l'hôpital de Lourcine, le deuto-iodure de mercure était à peu près abandonné, tandis que le proto-iodure, au contraire, était devenu d'un usage vulgaire dans le traitement des maladies vénériennes et des maladies de la peau, et en particulier dans le traitement des syphilides.

Cette préférence générale et exclusive donnée au proto-iodure de

(1) Voir dans le tome I de la *Bibliothèque de Thérapeutique* de M. Bayle, les observations du docteur Brera, publiées pour la première fois à Padoue, en italien, dans l'année 1822.

mercure sur le deuto-iodure n'était pas fondée sur des motifs légitimes.

Plus efficace, plus facile à administrer, puisqu'il peut être également donné solide ou dissous, bien moins apte à provoquer l'irritation des gencives et même celle des entrailles, le deuto-iodure, s'il n'eût été trop peu connu et surtout si l'on n'eût trop redouté ses effets, aurait dû, au contraire, dans beaucoup de cas, être préféré au proto-iodure de mercure.

Le bi-iodure de mercure est soluble dans une solution d'iodure de potassium, avec lequel il se combine pour former un iodure double de mercure et de potassium. On doit à M. Polydore Boullay à peu près tout ce que l'on sait sur cette combinaison, qui présente des phénomènes chimiques fort curieux à étudier (1).

Frappé des avantages que devait présenter une pareille solution, M. Boutigny et moi conçûmes l'idée de l'administrer sous la forme d'un sirop inaltérable dans sa composition, d'une saveur assez agréable, jouissant d'une grande énergie, et cependant facile à administrer à tout âge, à tout sexe, à toute constitution (2).

Les premières expériences que nous fîmes avec ce sirop eurent, en effet, de très-heureux résultats, mais des raisons particulières nous engagèrent à les suspendre.

Cependant la formule du sirop de deuto-iodure avait été communiquée à M. Foy, pharmacien de l'hôpital, qui, ayant été bientôt nommé à l'hôpital du Midi, y introduisit, à ce qu'il nous est permis du moins de supposer, l'usage de l'iodure double de mercure et de potassium.... Peut-être même l'usage de l'iodure de potassium à haute dose prit-il naissance à cette occasion. Quoi qu'il en soit, peu après la cessation de nos essais thérapeutiques, nous apprîmes que ce composé était administré, sous forme pilulaire, dans l'un des services de l'hôpital des vénériens-hommes, où l'on crut devoir le désigner sous le nom assez impropre de *iodo-hydrargirate de potassium* (emprunté à un chimiste étranger). Il paraît qu'on n'a eu qu'à se louer jusqu'ici de l'emploi de ce nouveau remède.

Nous avons repris nous-même, en 1840, tant à l'hôpital Saint-Louis qu'en ville, nos expériences sur le *sirop de deuto-iodure ioduré*, et nous avons obtenu des résultats qui nous paraissent si avantageux,

(1) Voir le tome XXXIV, p. 337, des *Annales de Chimie et de Physique*.

(2) Tous les sirops mercuriels usités jusqu'à ce jour sont infidèles et se décomposent avec plus ou moins de rapidité. Toutes les préparations mercurielles *actives* (et seules efficaces, par conséquent), sont d'un usage dangereux et difficile chez les enfants et les sujets mal disposés.

que nous n'avons pas cru devoir tarder plus longtemps à appeler l'attention des praticiens sur un remède aussi efficace, aussi facile à administrer, et aussi constant dans sa composition.

Voici quelle est la formule du sirop que nous employons :

Bi-iodure de mercure	1	gramme.
Iodure de potassium	50	grammes.
Eau	50	grammes.

Dissolvez, filtrez au papier, puis ajoutez à

Sirop de sucre blanc marquant 30 degrés, froid	2,400	grammes.

La capacité d'une cuiller à soupe ordinaire contient 25 grammes de ce sirop, et c'est à cette dose que nous l'administrons habituellement à nos malades : chez un certain nombre, toutefois, nous doublons cette dose au bout de quelque temps, en faisant prendre une seconde cuillerée le soir. Cette dose représente un centigramme de bi-iodure de mercure et cinquante centigrammes d'iodure de potassium.

La proportion d'iodure de potassium contenu dans le sirop est au-delà de celle qui serait nécessaire pour tenir le bi-iodure de mercure en dissolution; mais outre qu'elle met obstacle à la décomposition de celui-ci en échangeant de base avec les sels qu'on rencontre toujours en plus ou moins grande quantité dans l'eau dont on se sert pour faire le sirop, elle a encore une action thérapeutique directe qui nous paraît fort utile dans les circonstances où nous employons de préférence le sirop de deuto-iodure ioduré. Quoique ce sirop ait, comme nous l'avons dit, une saveur assez agréable, et qu'il soit d'une administration facile à tous les âges, à tous les sexes et à tous les tempéraments, il arrive pourtant qu'au bout d'un certain temps quelques malades se dégoûtent du sirop et préfèrent la forme pilulaire. Dans ce cas, nous substituons au sirop les pilules suivantes :

Prenez : Bi-iodure de mercure	10	centigram.
Iodure de potassium	5	grammes.
Gomme arab. pulvér.	50	centigrammes.

Miel, q. s. pour une masse bien homogène qu'on divisera en 20 pilules. Deux de ces pilules, prises chaque matin à jeun, représentent les doses médicamenteuses contenues dans 25 grammes du sirop.

En général, nous prescrivons de boire par-dessus chaque dose un peu d'eau, d'eau de gomme, d'eau blanchie avec du lait, pour faciliter l'absorption du médicament et empêcher son action trop directement stimulante sur l'estomac.

Voici maintenant quelques observations dans lesquelles nous avons vu réussir le sirop de deuto-iodure ioduré, après que tous les autres remèdes avaient échoué.

Obs. I. *Syphilide serpigineuse ulcérée du front et du nez, avec exostose considérable des os du nez et périostose du frontal.* — Marie, âgée de trente-trois ans, vit se former, vers la fin de l'année 1838, entre les deux sourcils, un bouton rongeant, bientôt suivi d'un ulcère du voile du palais, qui céda à des gargarismes et à plusieurs cautérisations. La peau de la racine du nez et du milieu du front devint de plus en plus malade, et au bout d'un an, Marie, qui avait déjà subi inutilement plusieurs traitements, vint me consulter. Elle portait alors sur la racine du nez et sur le front plusieurs tubercules rongeants, avec quelques ouvertures fistuleuses, et une tuméfaction assez prononcée des os du nez. Soumise à un nouveau traitement par la salsepareille, les pilules de sublimé, la pommade au proto-iodure de mercure, un régime très-sévère, le mal resta stationnaire. Au bout de quelques mois, on substitua, sans plus de succès, le sirop de Larrey, puis les pilules de proto-iodure de mercure, au traitement par le sublimé; des topiques très-divers, émollients, narcotiques, résolutifs, mercuriels, furent essayés sans plus de résultats. Enfin, la malade, découragée de ces traitements infructueux, se décida, sur mon conseil, à se faire recevoir à l'hôpital Saint-Louis, le 27 juin 1840.

A cette époque, le milieu du front, la racine du nez, le voisinage de la joue gauche, étaient d'un rouge obscur, semés de tubercules rongeants, et offraient quelques points fistuleux. Les os du nez tuméfiés et le siége de douleurs ostéocopes n'étaient pourtant pas accessibles au stylet explorateur ; sur le front était une bosselure douloureuse qui n'était autre chose qu'une périostose.

Une pilule de proto-iodure de mercure de cinq centigrammes fut donnée tous les soirs, trente grammes de sirop de Larrey tous les matins, des cataplasmes émollients, plus tard la pommade au proto-iodure de mercure ; des bains sulfureux furent prescrits à l'extérieur. La malade fut tenue à un régime très-sévère.

Le mal, au lieu de s'améliorer, parut faire des progrès ; plusieurs tubercules s'ulcérèrent largement. On se décida à enlever avec le bistouri toute la peau malade, mais la plaie se convertit en ulcères irréguliers, grisâtres, fongueux, à bords indurés. Un nouveau traitement fut entrepris par les pilules de Belloste (qui irritèrent les gencives et purgèrent), puis, par les fumigations cinabrées ; enfin on cessa tout remède actif au mois de novembre. Le mal resta stationnaire.

Au commencement de décembre 1840, on eut recours au sirop de deuto-iodure iodnré.

En moins de quinze jours de l'usage de ce nouveau médicament, les douleurs ostéocopes cessèrent, les tubercules passèrent à l'état de résolution, les ulcères s'affaissèrent, prirent un aspect vermeil, et marchèrent vers la guérison.

Depuis lors, l'état des choses a continué de s'améliorer ; en janvier 1841, la cicatrice était obtenue, les exostoses du nez diminuaient rapidement, la périostose frontale avait disparu.

Au 1er avril, la malade guérie continuait encore cependant le sirop, qui n'a jamais déterminé chez elle le moindre accident; nous l'avons conservée longtemps au n° 2 du pavillon Gabrielle, pour rendre témoins de la solidité de la cure les élèves et les médecins qui suivaient notre clinique.

Obs. II. *Syphilide papuleuse*; *ulcère du voile du palais; exostose du tibia; érosion granulée du museau de tanche.* — Au n° 6 de la même salle, a été traitée, à l'hôpital Saint-Louis, une autre femme, âgée de trente ans, d'une constitution délicate et nerveuse, reçue le 22 juin 1840. Au mois de janvier de cette année, étant enceinte de sept mois, elle fut prise d'un mal de gorge rebelle qu'elle combattit par des bains de pieds répétés : l'avortement eut lieu. Des boutons commencèrent à s'élever aux cuisses, le mal de gorge persistant toujours, et alors le mari avoua qu'il était lui-même en traitement pour une maladie vénérienne. Visitée par le médecin qui soignait son mari, elle fut soumise à l'usage de la tisane de salsepareille et de pilules probablement mercurielles. Mais ce traitement ne put être que très-irrégulièrement et très-imparfaitement suivi, à cause d'accidents d'irritation gastro-intestinale qu'il provoqua.

Cependant l'éruption devint générale, et la malade se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis, six mois environ écoulés depuis le début du mal.

La peau était alors semée de papules cuivrées, volumineuses, qui s'étaient particulièrement répandues sur les membres, le dos et la nuque, au front, sur le cuir chevelu, aux environs des ailes du nez. Il existait en outre une leucorrhée purulente et une *érosion granulée du col de l'utérus* (1).

La malade fit un traitement d'environ deux mois par les pilules de

(1) Voir mon *Mémoire sur les ulcères du col de la matrice* et le travail sur les *Syphilides*, que j'ai soumis à l'Académie (M. le docteur Jolly, rapporteur); travail que cette savante compagnie a jugé digne d'être publié dans ses Mémoires.

proto-iodure de mercure, le sirop de Larrey, les bains sulfureux, les injections avec l'eau additionnée d'extrait de saturne.

A cette époque, elle se plaignit de souffrir des gencives, de la gorge, des oreilles et de la tête. La gorge examinée offrit une ulcération grisâtre rongeant la luette et le bord gauche du voile du palais. Bientôt des douleurs ostéocopes se manifestèrent dans les membres inférieurs, et une exostose assez considérable se développa sur le tibia, au-dessous du genou gauche.

Cependant l'éruption avait disparu, et l'ulcère utérin parassait en voie de cicatrisation. On substitua les opiacés aux mercuriaux, on prescrivit un gargarisme alumineux, et l'on toucha l'ulcère du gosier, à plusieurs reprises, avec un collutoire composé de miel rosat et d'acide muriatique. Des onctions mercurielles opiacées furent faites sur les jambes.

Ces nouveaux moyens restèrent impuissants contre la céphalée (qui s'accompagna de bourdonnements et de surdité de l'oreille gauche), les douleurs ostéocopes et l'exostose du tibia : l'ulcère consécutif du gosier non plus que l'ulcère utérin n'étaient encore qu'améliorés. En même temps, la malade pâle, amaigrie, débilitée, privée de sommeil, tombait dans un état cachectique inquiétant. C'est alors, c'est-à-dire au commencement de décembre 1840, qu'on eut recours au ***sirop de deuto iodure ioduré***. On fut d'abord obligé, à cause de l'irritabilité de l'estomac, d'en suspendre l'usage, puis de ne le donner qu'à demi-dose, et en administrant par-dessus un peu de lait ; mais la malade s'y habitua bientôt, et, après environ trois semaines de l'emploi régulier du médicament, les douleurs cessèrent, le sommeil revint, l'exostose elle-même commença à diminuer. Dès lors l'état général s'améliora, et la malade, se considérant comme guérie, put quitter l'hôpital le 20 février 1841, ne gardant plus, de la redoutable affection qui avait menacé ses jours, qu'un léger sifflement dans l'oreille gauche, et encore un peu de gonflement au tibia. Cette sortie toutefois nous parut prématurée, et nous avons bien recommandé à la malade de se représenter à nous au moindre retour des accidents : nous avons pu constater plus tard une entière guérison.

Obs. III. ***Syphilide pustuleuse.*** — M. ***, âgé d'une quarantaine d'années, d'une bonne constitution, mais tournant un peu au lymphatisme, avait eu jadis, après une blennorrhagie comme seul accident primitif, une éruption pustuleuse générale qui avait été traitée inutilement par les mercuriaux, et qui n'avait cédé qu'aux sudorifiques, notamment à l'emploi du rob de Laffecteur. Regardé depuis comme radicalement guéri, M. *** s'était marié, était devenu père, et sa santé

était restée intacte, lorsqu'à la suite d'un voyage fait aux Eaux-Bonnes, pour une bronchite chronique qui avait résisté aux remèdes ordinaires, il vit survenir, à l'automne de l'année 1840, une éruption qui prit tous les caractères de la syphilide dont il avait été atteint douze ans auparavant, mais qui heureusement se borna cette fois à la tête.

M. *** vint me consulter au mois d'octobre : le haut du front et le sommet de la tête (dépouillés de cheveux par une calvitie naturelle) étaient couverts de larges pustules d'*echtyma* syphilitique, à base dure et cuivrée.

Les pilules de proto-iodure et la pommade au proto-iodure de mercure produisirent, en trois semaines, l'amélioration la plus rapide et la plus marquée ; la plupart des pustules se séchèrent, laissant après elles de petites cicatrices déprimées et arrondies ; mais quelques-unes persistèrent et passèrent à l'état d'induration. En même temps les gencives s'irritèrent, et M. ***, qui avait eu jadis une salivation très-grave et très-prolongée, et dont les dents étaient restées toujours un peu ébranlées, redoutait le retour d'une salivation nouvelle.

Le traitement fut donc interrompu pendant dix jours, et quand les gencives se furent raffermies, nous eûmes recours au sirop de Larrey et aux opiacés. Les restes de l'éruption, après être demeurés quelque temps stationnaires, se ravivèrent ; deux des pustules s'ulcérèrent profondément ; quelques nouvelles pustules se montrèrent, et le malade tomba dans la plus vive inquiétude.

C'est alors, c'est-à-dire le 20 novembre 1840, que je commençai l'usage du *sirop de deuto-iodure ioduré* qui, en trois semaines, amena une guérison complète. Nous jugeâmes cependant devoir poursuivre l'emploi du médicament, qui ne donna lieu à aucun accident et fut régulièrement continué pendant deux mois. La guérison depuis lors ne s'est pas démentie.

Obs. IV. *Eruption tuberculeuse simulant une syphilide, causée probablement par le vice scrofuleux.* — M. de F., né à l'île de Cuba et habitant cette île, âgé d'une quarantaine d'années, est venu à Paris se faire traiter d'une éruption qui résistait depuis quatre ans à tous les modes de traitement conseillés par divers médecins. Quoique n'ayant jamais contracté de maladie vénérienne, M. de F. fut traité comme s'il eût été atteint d'une syphilide, et en effet l'éruption dont il était affecté avait une grande analogie d'aspect avec la syphilide tuberculeuse serpigineuse. Toutefois, les mercuriaux et les sudorifiques restèrent impuissants. Quand je vis M. de F., son embonpoint, sa constitution lymphatique très-prononcée, le siége, la couleur, la forme de l'éruption, les renseignements qu'il me transmit, m'engagèrent à com-

battre le mal par une méthode de traitement qui convînt également aux syphilides et aux éruptions scrofuleuses. J'eus recours, dans ce but, au sirop de deuto-iodure ioduré, qui eut en effet les plus prompts et les plus heureux résultats.

Obs. V. *Eruption tuberculeuse rongeante serpigineuse, simulant une syphilide.* — Une dame, jeune encore, mère de trois enfants en bas âge, réduite par les chagrins et la misère à un état de dépérissement inquiétant, était traitée, depuis quinze mois, par un praticien éclairé de la capitale, d'une affection cutanée qui n'avait cessé de faire des progrès de plus en plus alarmants. Les membres supérieurs et inférieurs étaient le siége de tubercules, les uns groupés irrégulièrement, les autres disposés en cercles, les uns secs et croûteux, les autres transformés en ulcérations rongeantes et fongueuses.... Le sirop de deuto-iodure ioduré amena la guérison en moins de trois semaines : j'insistai d'ailleurs pour que le traitement fût continué pendant trois mois.

Obs. VI. *Tubercules serpigineux simulant une syphilide.* — Un étudiant en droit, âgé de vingt-deux ans, brun, grand et fort, avait depuis quatre ans les membres supérieurs couverts de tubercules serpigineux ulcérés, de l'aspect le plus hideux : cette éruption avait succédé à des abcès qui s'étaient montrés vers l'âge de quinze ans. En vain la liqueur iodurée à l'intérieur, les amers, le régime tonique avaient été longtemps administrés. Mis à l'usage du sirop de deuto-iodure ioduré, ce malade paraissait presque guéri au bout d'un mois de traitement : la guérison s'est confirmée plus tard.

Obs. VII. — Enfin, j'ai donné des soins, de concert avec MM. les professeurs Cruveilhier et Récamier, à un jeune homme tombé dans un état de cachexie vénérienne effrayant, et portant des exostoses aux deux tibia, à l'humérus et au cubitus. Plusieurs traitements par les mercuriaux, les sudorifiques, le muriate d'or, les préparations iodurées, avaient été impuissants... A peine dix jours s'étaient-ils écoulés, que l'usage de notre sirop avait fait disparaître les douleurs ostéocopes qui troublaient le repos des nuits, et que l'amélioration la plus remarquable se montrait dans l'état physique et moral du malade.

Il a été complétement guéri par la continuation du remède, et chez lui l'action du sirop a été d'autant plus facile à vérifier, que diverses circonstances ayant fait interrompre le traitement, chaque fois l'on voyait les accidents reparaître après quelques jours ou quelques semaines d'interruption.

Depuis l'époque où j'ai repris, d'une manière suivie, mes expériences sur le deuto-iodure de mercure combiné à l'iodure de potassium, j'ai eu de nombreuses occasions d'en constater l'efficacité.

J'ai obtenu notamment le plus beau succès sur un enfant âgé d'environ dix-huit mois, tombé dans un état de cachexie vénérienne et scrofuleuse des plus alarmants (ophthalmie double avec photophobie, ulcères nombreux au siége, aux cuisses et aux environs des parties génitales, ventre très-gros, avec disposition à la diarrhée, membres très-grêles). Cet enfant, sevré à sept mois par suite de la maladie constatée chez la nourrice, dont le propre enfant, allaité en même temps, avait succombé à la syphilis à l'âge de trois mois, avait été traité sans succès par plusieurs médecins, et paraissait véritablement dans un état désespéré, lorsque j'entrepris la cure. Il supporta fort bien le sirop, à la dose d'une cuillerée à café par jour; bien entendu que le régime et toutes les conditions hygiéniques accessoires durent concorder avec l'administration du remède.

Fort d'une expérience de plus en plus étendue, j'ose affirmer aujourd'hui qu'il n'existe pas à ma connaissance de remède *antisyphilitique*, et même *antiscrofuleux* (quoique cette seconde proposition soit sujette à bien plus de restrictions que la précédente), qui possède à un égal degré toutes les conditions d'un bon médicament : efficacité, innocuité, universalité et facilité d'administration.

J'ajoute que ce médicament (qui est le seul sirop mercuriel connu qui se conserve sans altération pendant un temps, pour ainsi dire, indéfini), est d'autant plus précieux qu'il est particulièrement applicable aux cas regardés avec raison jusqu'ici comme les plus graves et les plus difficiles à guérir, savoir, les *syphilides* liées à un état de syphilis constitutionnelle ayant entraîné une véritable *cachexie*, après avoir résisté aux traitements mercuriels et sudorifiques ordinaires.

GIBERT.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA SUBSTITUTION D'UNE BONNE A UNE MAUVAISE POSITION DANS LE TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS AIGUES DES ARTICULATIONS.

Par M. BONNET, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les inflammations aiguës des articulations peuvent se manifester simultanément ou successivement dans un grand nombre de jointures, ainsi qu'on le voit dans le rhumatisme articulaire aigu; mais elles se

fixent aussi quelquefois dans une seule articulation. Dans ce dernier cas, elles acquièrent en général beaucoup plus d'intensité que lorsqu'elles sont réparties dans un grand nombre d'articulations. La congestion sanguine peut y être très-active, les épanchements de sérosité et de fausses membranes peuvent y être très-considérables, et les conséquences de ces altérations primitives, d'une extrême gravité.

C'est à ces arthrites aiguës très-intenses, qui ont leur siége dans une seule articulation, que j'applique surtout le moyen dont je veux démontrer toute l'importance dans ce mémoire, moyen purement local, qui consiste dans la substitution permanente d'une bonne à une mauvaise position.

Sans doute cette substitution ne dispense pas de l'emploi des méthodes de traitement usitées dans les inflammations aiguës des articulations; elle n'est pas destinée à les remplacer ; elle doit seulement être employée concurremment avec elles. Une mauvaise position entretient, aggrave l'inflammation fixée dans une jointure, elle n'en est pas la cause. La cessation de cette position vicieuse se borne donc à enlever cette cause de persistance et d'aggravation du mal; elle n'a dès lors dans le traitement, à en juger du moins *à priori*, qu'un caractère accessoire et secondaire.

Cependant l'expérience m'a démontré que dans les nombreux cas où les antiphlogistiques et les altérants n'avaient pu réussir à arrêter dans leur marche des inflammations très-intenses des articulations, il a suffi de placer les membres malades dans une position convenable, pour que les accidents cessassent presque immédiatement, et que la maladie prît une marche graduelle vers une amélioration progressive. Ces faits, dans lesquels le résultat dépasse les espérances que l'on pouvait concevoir de l'emploi d'un moyen mécanique dans le traitement d'une maladie toute vitale, conduisent à penser qu'il y avait dans ces cas une tendance naturelle à la guérison, que cette tendance était détruite par les effets des mauvaises positions, et que, cette cause d'aggravation éloignée, le mal a pu suivre, sans obstacle, sa marche naturelle vers une amélioration.

C'est ainsi du moins que l'on peut comprendre comment une thérapeutique qui ne s'attaque point à ce qu'il y a d'essentiel dans la nature du mal, peut avoir une efficacité qui paraît ne devoir appartenir qu'à de véritables spécifiques.

On comprend sans peine, d'après cet aperçu général sur le but de ce mémoire, que je dois avant tout expliquer quelles sont les bonnes et quelles sont les mauvaises positions dans les maladies articulaires. J'ai

déjà traité cette question avec des développements étendus dans un mémoire que j'ai publié en 1840 dans la *Gazette médicale*.

Je vais d'abord présenter un résumé rapide de ce mémoire. J'aborderai ensuite le sujet spécial de ce travail, savoir, l'influence de la substitution des bonnes aux mauvaises positions dans les inflammations aiguës et intenses des articulations.

Je dirai d'abord quelles sont les conditions qui rendent une position nuisible ; ces conditions connues, on pourra en déduire les caractères des positions utiles.

Dans les arthrites, une position est nuisible,

1° Lorsqu'elle entraîne la distension continue des parties molles placées sur l'un des côtés d'une articulation ;

2° Lorsqu'elle tend à produire des luxations spontanées ;

3° Lorsque, dans le cas d'ankylose, elle peut empêcher ou rendre difficile l'exercice du membre malade.

Quelques exemples feront de suite comprendre la justesse de ces propositions. Je suppose un premier fait très-souvent observé : que dans une inflammation aiguë de l'articulation tibio-tarsienne le pied repose sur son bord externe, et que par conséquent il soit renversé en dedans, les parties molles situées à la partie externe de l'articulation seront distendues. Non-seulement les ligaments et les muscles, mais encore les vaisseaux, les nerfs, la membrane synoviale seront offensés dans cette distension, qui ne peut exister sans être une cause de douleur, de persistance dans l'inflammation et d'ulcération, etc.

Autre exemple. Un homme est affecté d'une phlegmasie intense de de l'articulation de la hanche. Instinctivement et croyant soulager la douleur qu'il éprouve, il fléchit la cuisse et la porte dans l'adduction et la rotation en dedans. Dès ce moment, il s'est placé dans une mauvaise position, car non-seulement la partie externe de la capsule articulaire se trouve distendue, première cause d'aggravation du mal, mais encore le fémur a éprouvé un mouvement de rotation à la faveur duquel une partie de sa tête tend à abandonner en arrière la cavité cotyloïde ; et si la même position persiste longtemps, le fémur, dont les moyens d'union avec l'os des iles sont affaiblis, se luxe en haut et en dehors.

Je suppose enfin un cas d'arthrite du genou, avec flexion de la jambe sur la cuisse, ce qui existe presque toujours : est-il besoin d'expliquer que, sans parler des autres inconvénients que j'ai déjà cités à propos de la hanche, si la maladie passe à l'état chronique, et si les surfaces articulaires viennent à se souder, l'ankylose se fera dans une position très-incommode si l'on n'a pas redressé le genou ? Quelques-uns des ma

lades qui sont dans ce dernier cas préféreraient avoir la cuisse coupée et porter une jambe de bois.

Ces faits confirment suffisamment les trois propositions que j'ai formulées sur les positions nuisibles, et conséquemment confirment aussi les suivantes, qui ne sont que la déduction rigoureuse des premières.

Une position est utile,

1° Lorsqu'elle n'entraîne la distension d'aucune partie de la synoviale et des ligaments;

2° Qu'elle n'expose à aucune luxation spontanée;

3° Qu'elle permet, dans le cas d'ankylose, un exercice aussi facile que possible du membre malade.

Toutes les fois qu'un membre est affecté d'arthrite aiguë, il faut donc le placer dans la position qui remplit le mieux les conditions précédentes : ce qui est d'autant plus facile que, par une coïncidence très-heureuse, les positions qui préviennent les distensions des parties molles sont aussi celles qui empêchent les luxations spontanées, et permettent au membre, dans le cas d'ankylose, le plus facile exercice de ses mouvements.

Ces principes posés, nous allons en faire successivement l'application au genou, à la hanche et au pied. Des observations en grand nombre, et recueillies depuis plus de six ans, permettent d'apprécier pratiquement les effets des positions dans les inflammations aiguës de chacune de ces jointures.

Résultats obtenus dans les inflammations aiguës du genou, de la substitution d'une bonne à une mauvaise position.

Tous les malades dont je vais rapporter l'observation avaient la jambe pliée sur la cuisse, et le genou renversé en dehors.

Dans cette position, le membre appuyant seulement sur le bord externe du tarse et l'extrémité inférieure de la jambe, le genou reste sans soutien. Le tibia tend alors à faire avec le fémur un angle saillant en dehors : ce qui entraîne nécessairement la distension du ligament latéral externe, celle de la partie correspondante de la synoviale, et la tendance à la luxation en dehors.

Cette position réunit donc toutes les conditions qui peuvent la rendre nuisible, et l'on comprend combien il importe de la remplacer par une meilleure.

Pour redresser le genou et amener le membre malade à reposer sur sa face postérieure, il faut faire coucher le malade horizontalement sur le dos : l'ischion s'abaisse alors, et les deux insertions des muscles postérieurs de la cuisse sont rapprochées; un aide saisit le bassin et le

fixe solidement ; un autre aide s'empare de l'extrémité inférieure de la jambe et la relève en exerçant une douce traction. Enfin, l'opérateur repousse en avant l'extrémité supérieure du tibia, tandis qu'il repousse en arrière l'extrémité inférieure du fémur.

On ne saurait croire avec quelle facilité on peut parvenir, par cette combinaison de moyens, à redresser les genoux affectés d'inflammation aiguë, lors même que la flexion a deux ou trois mois d'existence; ce redressement est très-douloureux, mais son utilité est si grande, qu'on ne doit pas craindre, en l'opérant, de causer quelques souffrances passagères.

Si l'action des mains, prolongée pendant dix minutes, ne suffit pas pour opérer le redressement du genou, il faut recourir à l'emploi de machines construites à cet effet. J'ai décrit, dans mon *Traité des sections tendineuses*, celles qui me paraissaient les plus convenables.

Le membre redressé doit être placé dans un appareil qui le maintienne immobile dans la bonne position qu'on lui a fait prendre. Les appareils qu'on peut mettre en usage sont tous ceux qu'on emploie dans le traitement des fractures de cuisse. Je citerai des observations dans lesquelles on verra que j'ai eu recours à ces appareils, à défaut de gouttières ; mais l'on ne réussit complétement qu'en faisant usage de ces dernières. Celles que j'emploie sont en fil de fer ; elles embrassent les deux tiers postérieurs de la circonférence du membre ; elles s'étendent depuis le pied jusque près du sommet de la cuisse ; elles sont solides en arrière, flexibles sur les côtés ; elles se moulent sur les formes du membre ; à l'aide d'un trépied, elles ne peuvent tourner ni en dedans ni en dehors, elles soutiennent le membre sans exercer de compression douloureuse, et en écartant leurs parois latérales on peut mettre à découvert le genou, et faire les applications convenables (1).

Les observations suivantes permettront de juger des résultats que l'on peut obtenir en appliquant ces méthodes de traitement aux inflammations aiguës, graves et rebelles du genou.

Obs. I. *Inflammation aiguë très-intense développée dans un genou sain, insuccès des antiphlogistiques, persistance du mal tant que le genou est resté fléchi, redressement du genou et suspension. Guérison complète par ankylose au dixième mois du traitement.* — Une femme de trente-deux ans, d'une obésité extrême, fut prise, sans cause connue, d'une inflammation aiguë du genou du côté droit. Elle vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le mois de mai 1836, huit jours après son accident; elle fut couchée au n° 2 de la salle Saint-Paul.

(1) Ces gouttières, comme les autres appareils indiqués dans ce mémoire, se trouvent chez M. Blauc, successeur de M. Jance, rue Bourg-Chanin, n° 2, à Lyon.

Le genou était, à cette époque, extrêmement gonflé, et sa circonférence avait un pouce et demi de plus que celle du côté sain ; il était rouge, chaud, et faisait éprouver de si vives douleurs, que la malade pouvait à peine goûter un instant de repos. Tous les signes d'un épanchement de liquide dans la membrane synoviale existaient au plus haut degré, mais comme la fluctuation ne se faisait sentir que très-profondément, et que la douleur semblait très-superficielle, on pouvait penser que le tissu cellulaire était enflammé aussi bien que la membrane synoviale. Une fièvre inflammatoire extrêmement intense compliquait cet état.

Dans la première semaine, cette malade, d'une forte constitution, fut saignée quatre fois, 120 sangsues furent successivement appliquées à la partie interne de la cuisse, un peu au-dessus du genou ; des cataplasmes de farine de graine de lin furent maintenus sur la tumeur, la malade prit des boissons adoucissantes, et la liberté du ventre fut maintenue par des lavements.

Ce traitement ne produisit aucune amélioration dans l'état local, la fièvre devint seulement moins forte.

Pendant le cours de la troisième et de la quatrième semaine, l'on revint de nouveau aux applications de sangsues, on employa des cataplasmes, tantôt de laudanum, tantôt d'extrait de belladone, tantôt préparés avec les feuilles pures de morelle et de jusquiame ; on donna quelques purgations avec l'eau de Sedlitz, le tout sans produire d'amélioration. Dans la cinquième et sixième semaines, nous essayâmes les effets des préparations de morphine appliquées sur des vésicatoires ammoniacaux, qu'on répéta en grand nombre autour de l'articulation du genou. La morphine produisit l'assoupissement, les vomissements, les sueurs, en un mot les symptômes généraux qui lui sont propres, mais elle ne détermina aucune espèce d'amélioration locale.

Cependant, à la fin de la sixième semaine l'état de la malade devint plus grave que jamais, la circonférence du genou du côté malade était de trois travers de doigt plus considérable que du côté sain ; l'on sentait une fluctuation distincte au-dessus de la rotule, dans toute l'étendue limitée par la membrane synoviale. Cette fluctuation se faisait sentir aussi entre le tibia et le fémur de l'un et l'autre côtés, ainsi que sur les parties latérales du ligament rotulien.

En fixant le fémur et saisissant la partie supérieure du tibia, l'on pouvait faire exécuter à ce dernier os des mouvements latéraux assez étendus, ce qui n'a jamais lieu dans l'état normal, et ce qui prouvait le ramollissement des ligaments et faisait craindre une luxation spontanée.

Lorsque la malade faisait des mouvements dans son lit, elle sentait des craquements dans le genou, preuve incontestable de l'altération des cartilages ; cependant une fièvre ardente persistait toujours et la malade, faible et amaigrie, ne pouvait exécuter un seul mouvement dans son lit, et ne pouvait être soulevée qu'avec peine.

Quoique je n'eusse point à cette époque (1836) des idées aussi nettes sur les dangers des positions vicieuses qu'adoptent de préférence les personnes affectées d'inflammations très-vives du genou, je remarquai que la malade se tenait couchée du côté gauche, qui était le côté affecté, et que la jambe, légèrement fléchie sur la cuisse, reposait sur son côté externe ; je regardai alors comme nécessaire de changer cette position si propre à entretenir les désordres graves qui commençaient dans l'articulation du genou ; j'étendis la

jambe, je la fis reposer sur sa face postérieure, et je la maintins dans cette position au moyen d'un appareil de fracture, avec des coussins et des attelles latérales. L'extension de la jambe fut douloureuse, mais put être exécutée sans trop d'efforts. Ce changement de position et la fixité que maintenait l'appareil furent suivies de la diminution des douleurs dès le premier jour; mais comme la malade continuait à rester immobile dans son lit, je pensai à suspendre la jambe, en attachant des cordes aux deux extrémités des attelles latérales, et en fixant ces cordes au ciel du lit. Cette suspension produisit les effets les plus satisfaisants; sitôt qu'à son aide la malade put se déplacer dans son lit, rester tantôt couchée, tantôt à moitié assise, ses douleurs cessèrent, elle reprit le sommeil et son genou commença à diminuer; elle resta dans cet appareil suspendu pendant deux mois et demi, c'est-à-dire jusqu'à la fin du quatrième mois du traitement. Nous ne fîmes autre chose, pendant ce temps, que d'exercer une compression, d'abord avec des bandes de toile, plus tard, avec des bandelettes de diachylon. Pendant tout ce temps l'amélioration ne cessa pas d'être progressive, quoique lente, et si, au commencement du cinquième mois, le genou du côté malade avait encore un travers de doigt et demi de plus que celui du côté sain, s'il existait encore les signes du ramollissement des ligaments et des cartilages, la fluctuation, les douleurs avaient disparu; le genou reprenait de la fermeté, et nous pûmes cesser la suspension, sans que les douleurs se manifestassent de nouveau; mais nous crûmes convenable de continuer la compression jusqu'à la fin du sixième mois.

A cette époque, les forces commencèrent à se rétablir, et la malade put se lever; elle ne sortit cependant que trois mois plus tard; elle était alors parfaitement guérie, le genou du côté malade, plus petit que celui du côté sain, était complétement ankylosé.

J'ai revu plusieurs fois cette malade pendant l'espace de deux ans, et jamais elle n'a éprouvé de récidive dans son mal; sa constitution était redevenue aussi forte qu'avant sa maladie.

Obs. II. *Inflammation aiguë très-intense d'un genou qui n'avait jamais été malade; inutilité des antiphlogistiques. Soulagement prompt et durable, par l'emploi d'une bonne position.* — En 1839, M. le docteur Varambon m'appela en consultation auprès d'un jeune homme de vingt-quatre ans, fortement constitué, qui avait une inflammation aiguë du genou droit, avec tous les caractères que j'ai décrits dans l'observation précédente; le mal durait depuis dix jours; malgré un traitement antiphlogistique local et général, il allait en augmentant, et les douleurs étaient si vives, que le sommeil était entièrement perdu et que tout contact était insupportable. Nous étendîmes la jambe sur la cuisse, et nous la plaçâmes dans une gouttière convenablement construite; le redressement fut douloureux, mais quelques heures après qu'il eut été effectué, les souffrances diminuèrent et elles cessèrent presque entièrement le lendemain. Le mal suivit une marche graduelle vers la guérison, et le malade recouvra, du deuxième au troisième mois, l'exercice complet de son membre.

Le souvenir de ce malade est bien présent à mon esprit; car ce furent les réflexions que je fis après l'avoir visité qui me conduisirent à la théorie que je soutiens aujourd'hui sur les bonnes et les mauvaises positions; j'avais conseillé le redressement, en disant que la jambe remplirait mieux ses fonctions étant droite que pliée si elle venait à s'ankyloser, et que les difficultés du re-

dressement augmentant avec l'ancienneté de la maladie, il fallait opérer celui-ci le plus tôt possible; j'ajoutai, qu'à en juger par des faits antérieurs, ce redressement soulagerait le malade.

Cependant l'on m'objecta que la position qu'avait choisie instinctivement le malade devait être la plus convenable, et qu'on augmenterait probablement les souffrances en lui en substituant une autre.

J'étais convaincu de défendre une opinion vraie en soutenant la nécessité du redressement et du changement de position, mais je cherchais en vain une réponse satisfaisante aux objections qui m'étaient présentées; ce fut en cherchant cette réponse que j'arrivai à comprendre que le malade plaçait sa jambe de manière à distendre les parties externes de son articulation, et qu'en redressant sa jambe et la faisant reposer sur sa face postérieure on ferait cesser cette distension.

Obs. III. *Inflammation aiguë très-intense du genou; aggravation graduelle du mal, jusqu'au moment où le genou est ramené à une bonne position et maintenu immobile dans cette position. — Guérison définitive.* —Marie Bessy, âgée de dix-neuf ans, d'un tempérament sanguin, avait toujours joui d'une bonne santé. Au mois d'août de l'année 1840, elle prit froid à l'époque de ses règles, et malgré la suppression de celles-ci, elle s'exposa le lendemain à l'humidité en allant laver du linge. Ce jour-là, après des frissons, des lassitudes, elle éprouva dans le genou du côté droit une douleur vive accompagnée de gonflement; le lendemain, 15 sangsues furent appliquées sur le genou; le troisième jour, 12 autres sangsues; les jours suivants, frictions avec le baume tranquille.

Dix jours après le début de sa maladie, Marie Bessy entra à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine; elle y resta 32 jours. Pendant ce temps, on lui appliqua des cataplasmes arrosés d'huile narcotique, et on lui mit 35 sangsues et deux mouches à la partie interne du genou. On lui fit des frictions avec l'onguent mercuriel. Tous ces moyens ne produisirent aucune amélioration. Vers le vingt-cinquième jour, le genou commença à se fléchir, et dès ce moment les douleurs devinrent si vives, qu'à en croire la malade elle ne goûta pas un instant de sommeil jusqu'au quarante-deuxième jour. Ce fut à cette époque qu'elle entra dans mon service, le 8 septembre 1840.

Le genou était alors énormément tuméfié; il se présentait comme une boule saillante entre la jambe et la cuisse; il avait 8 centimètres de circonférence de plus que celui du côté opposé. Ce gonflement avait exactement les limites de la membrane synoviale; il était pâteux, sans fluctuation apparente, et outre ces caractères, que je rapporte à l'épanchement de sérosité et de fausses membranes dans la synoviale et le tissu cellulaire extérieur, la peau était tendue et légèrement adhérente aux parties profondes; sa rougeur était augmentée, ce qui démontrait l'intensité de la congestion sanguine dans la synoviale, siége primitif du mal.

Le genou était plié presque à angle droit sur la cuisse; il était renversé en dehors; tout le membre inférieur reposait ainsi sur l'extrémité supérieure et externe de la cuisse et sur le bord externe du pied et du bas de la jambe. D'après les principes que j'ai exposés plus haut, je considérai cette position comme la cause qui entretenait les douleurs et l'inflammation.

Le jour de l'entrée de cette fille, je cherchai à lui étendre la jambe; les médecins qui l'avaient vue lui avaient dit qu'il était impossible d'opérer ce

redressement, et qu'elle ne guérirait qu'en restant dans la position où son genou s'était placé. Cependant, par des frictions exercées pendant quelques minutes, j'étendis assez complétement le membre pour qu'il pût entrer dans une gouttière droite et large. Bien que ces efforts d'extension eussent été douloureux, la malade ne souffrit pas, dans la nuit qui les suivit, plus qu'elle n'avait fait auparavant, et le lendemain les douleurs commencèrent à diminuer; le redressement s'opérait peu à peu dans la gouttière, et le troisième jour, le membre étant revenu à sa rectitude naturelle et reposant avec fixité sur sa face postérieure, avait cessé d'être douloureux. Des cataplasmes composés avec la farine de graine de lin délayée dans l'eau-de-vie camphrée furent continués pendant 8 jours. Au bout de ce temps, le genou avait diminué de 4 centimètres de circonférence; il était moins rouge, moins pâteux, et il ne faisait éprouver aucune douleur à la pression. J'employai successivement ensuite les frictions avec de l'huile saturée de camphre, des vésicatoires volants sur le genou, qui furent placés au nombre de quatre, puis la compression avec les bandelettes de diachylon.

Vers le 1er octobre, trois semaines après le début du traitement, la malade put se lever et mettre le pied à terre. Je lui permis alors une marche graduelle, tout en maintenant la compression soit avec des bandelettes de diachylon, soit avec des bandes, et elle prit quelques douches de vapeur.

Sous l'influence de ce traitement, le genou diminua tellement que vers la fin du mois d'octobre, c'est-à-dire moins de deux mois après le début du traitement, le genou n'avait pas deux centimètres de plus que celui du côté opposé; la malade pouvait faire le tour d'une grande salle et descendre les escaliers avec une seule béquille; le genou était seulement raide; il ne pouvait exécuter que des mouvements bornés d'extension, et il était assez faible pour supporter avec peine le poids du corps.

Six semaines plus tard, la guérison était complète; il ne restait qu'un peu de gêne dans les mouvements.

Obs. IV. *Inflammation aiguë du genou. Substitution d'une bonne position à une position vicieuse. Amélioration prompte; guérison.* — Louise Simou, âgée de trente-sept ans, journalière, douée d'une très-bonne constitution, n'ayant jamais été malade, fut surprise, à la fin du mois d'octobre 1839, par une pluie abondante; le lendemain, des douleurs se déclarèrent dans les deux pieds et durèrent 8 jours. Elles allèrent ensuite se fixer au coude gauche, d'où on les chassa avec des vésicatoires; mais à peine le coude fut-il guéri que le genou devint douloureux à son tour, et qu'il se tuméfia d'une manière très-rapide; au bout de quelques jours, cet engorgement, au lieu de diminuer, faisant toujours des progrès, la malade entre à l'hôpital et présente l'état suivant : genou très-douloureux, brûlant, rouge, tuméfié, surtout au-dessus de la rotule, où l'on sent une fluctuation obscure; le moindre mouvement imprimé au membre fait pousser des cris déchirants; le membre est couché sur le côté externe, et la jambe est fléchie sur la cuisse; le chef du service dans lequel se trouvait cette malade lui fit d'abord appliquer 20 sangsues au-dessus genou et des cataplasmes émollients; les souffrances augmentant toujours, il fit faire une seconde application de sangsues, qui ne produisirent aussi que très-peu de soulagement. Il eut recours alors aux vésicatoires, mais ce moyen ne fit qu'augmenter les souffrances, en sorte qu'on fut obligé de faire une troisième et même une quatrième application de sangsues, qui furent aussi infructueuses que les premières.

Le 25 novembre, M. Bonnet prit le service où se trouvait Louise Simon; il jugea convenable de redresser le genou, qui était plié et renversé en dehors. En conséquence, il étendit de force la jambe et l'attacha solidement à celle du côté opposé, de manière à assurer l'extension et une immobilité absolue. La malade poussa des cris affreux pendant qu'on pratiquait l'allongement du membre; mais au bout de deux heures elle ne sentait plus aucune douleur. Quand le genou fut redressé, on constata que les os avaient déjà changé un peu de rapports.

Le 2 janvier 1840, on plaça le membre dans une gouttière en fil de fer bien garnie de coussins et serrée avec des courroies. Cette gouttière maintenait une immobilité parfaite sans produire aucune compression douloureuse.

Après trois semaines d'immobilité, le genou était revenu à son volume normal; il faut bien dire, toutefois, que pour faciliter sa résolution, on avait appliqué un cautère à la cuisse et un autre à la jambe; mais dès que la malade quittait la gouttière, dès qu'elle portait le pied en dehors ou en dedans, elle souffrait; au bout de 30 jours, elle crut pouvoir se lever pour aller à la garderobe; les premiers pas amenèrent une légère tuméfaction du genou qui disparut facilement sous l'influence d'une prolongation de l'immobilité. Enfin, après 40 jours de traitement, la malade put quitter l'appareil et commencer à faire quelques pas; pour prévenir l'engorgement, on eut soin d'entourer l'articulation malade de bandelettes de diachylon. Grâce à ces précautions, le genou revint parfaitement à ses dimensions naturelles. (*Recueillie par* M. Martin, interne).

Cette observation démontre à quel point les antiphlogistiques les plus énergiques et les moyens les plus propres à calmer la douleur peuvent rester impuissants dans les inflammations du genou, lorsqu'on laisse les malades dans la position vicieuse qu'ils adoptent, et à quel point on peut les soulager et arrêter dans sa marche une inflammation terrible, en leur donnant une position convenable, et en maintenant cette position avec solidité.

Ce ne fut qu'avec beaucoup de temps qu'une solution satisfaisante put être obtenue; mais je suis convaincu que si j'avais eu à cette époque des gouttières comme celles que je recommande aujourd'hui, nous aurions obtenu des résultats bien plus rapides. Je regrette aussi d'avoir laissé, pendant un temps aussi long, le genou malade dans une immobilité absolue; à cette époque, mon attention n'était pas fixée sur les dangers du repos trop prolongé des jointures, comme elle l'a été depuis les recherches importantes de mon ami, M. le docteur Teissier. Peut-être si l'on eût entretenu les mouvements de l'articulation après l'avoir ramenée à une position convenable, la guérison eût-elle pu se faire avec conservation de quelque mobilité.

Je pourrais citer encore un grand nombre de faits qui s'ajouteraient à ceux que je viens de faire connaître, pour démontrer combien le re-

dressement et l'immobilité du genou ont été utiles dans la période la plus aiguë des inflammations de cette jointure, lorsque les malades, comme dans les cas que je viens de citer, étaient bien constitués, et que l'inflammation s'était développée dans un genou qui n'avait été antérieurement le siége d'aucune lésion ; qu'il me suffise de dire que dans plus de vingt cas où j'ai tenté le redressement, les malades étant dans les conditions que je viens de spécifier, l'événement a toujours justifié les principes qui me servaient de guide, et que les médecins, tels que MM. Leriche de Lyon, et Martin du Pont-de-Beauvoisin, qui ont adopté ma pratique, l'ont trouvée également avantageuse.

Il me resterait, à présent, à citer l'observation des malades dont les genoux avaient été le siége de diverses altérations avant d'être affectés d'inflammation aiguë. Dans ces cas, que je possède en grand nombre, mais que les bornes que je dois m'imposer m'empêchent de citer ici avec détail, les effets immédiats qui ont suivi le redressement du genou et son immobilité dans la position étendue, ont été aussi promptement favorables que dans les cas dont j'ai donné jusqu'à présent l'observation ; toute la différence a porté sur les suites éloignées : tandis que, dans les cas où l'articulation était saine avant l'inflammation aiguë, celle-ci, à part plus ou moins de raideur, a pu reprendre sa forme et ses fonctions normales, dans les cas où l'inflammation aiguë était entée sur une lésion chronique, la première de ces maladies dissipée, la seconde est restée avec tout le degré de gravité qu'elle avait avant le développement des symptômes inflammatoires. Dans le traité que je prépare sur les maladies des articulations, je ferai connaître les faits avec détail.

Dans un prochain article, nous terminerons l'exposé des résultats que nous avons obtenus de notre méthode dans les inflammations aiguës de plusieurs autres articulations. Bonnet.

QUELQUES REMARQUES SUR LES POLYPES DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME ET LEUR TRAITEMENT.

Les polypes, ou *végétations charnues et vasculaires* de la membrane muqueuse de l'urètre, chez la femme, constituent un état pathologique qui n'a été bien étudié que dans ces derniers temps. Chaussier et Wardrop en ont cité des exemples : on en trouve un dans la thèse de M. Gerdy sur les polypes. Plus tard, M. Velpeau, dans le *Journal Hebdomadaire*, année 1836, a plus complétement traité ce point de pathologie, et dans le numéro du *Bulletin de Thérapeutique*, décembre 1843, il a été question du même sujet à l'occasion d'un fait communiqué par M. le docteur Espezel. Toutefois, pour ne rien omet-

tre dans cette appréciation historique, disons que Boyer, dans son *Traité des Maladies chirurgicales*, parle d'une excroissance fongueuse, rouge, saignante, très-douloureuse par le frottement, et quelquefois par le contact, se développant sur un point du contour du méat urinaire de la femme, plus souvent sur sa partie inférieure, rarement volumineuse, et devant être excisée ; puis, si elle se reproduit, cautérisée avec le fer rouge. Cette observation de Boyer est exacte, sans aucun doute; mais au point de vue de l'histoire générale de la maladie qu'elle envisage, elle ne saurait avoir d'autre valeur que celle d'une indication qui, pour s'élargir et se féconder, avait besoin de recherches ultérieures. Or, aujourd'hui que ces recherches ont déjà donné un résultat satisfaisant, et qu'elles viennent encore d'être enrichies par un travail remarquable de M. Schutzenberger, de Strasbourg, il nous a paru utile d'en résumer les divers éléments, afin de mieux éclairer la question de pathologie dont il s'agit, et d'en donner un exposé aussi complet que peut le permettre l'état de la science. Anatomiquement envisagée, la lésion de l'urètre consiste dans le développement à la surface de la membrane muqueuse d'une végétation de consistance charnue, d'un rouge vif, quelquefois un peu grisâtre, très-vasculaire, facilement saignante, à surface ordinairement lisse, et se continuant avec la membrane muqueuse elle-même par une insertion tantôt large, tantôt étroite, et alors pédiculée. Quant à son siége, il n'est pas toujours le même : le plus souvent le polype occupe la paroi inférieure de l'urètre, mais il peut se rencontrer sur la paroi supérieure ; on l'a vu aussi placé sur les parois latérales. Ordinairement, il est assez rapproché du méat urinaire, à travers lequel il s'engage même dans une portion de son étendue, de manière à le boucher ou à constituer une sorte de prolapsus de la membrane muqueuse avec laquelle on l'a quelquefois et à tort confondu. Dans un cas, rapporté par le docteur Espezel, la tumeur était située à la profondeur d'un pouce dans le canal. On conçoit qu'il puisse se rapprocher davantage encore du col de la vessie. Dans toutes ces observations il n'est question que d'un polype ; une fois, cependant, il en exista deux sur la même femme. Voici le fait tel que le rapporte le docteur Schutzenberger.

Barbe Hœnsler est âgée de vingt-trois ans, et porte une tumeur urétrale dont elle ne peut indiquer l'origine ; seulement, elle affirme que sa mère s'est aperçue de son existence déjà avant l'époque de la puberté. La tumeur et la paroi inférieure de l'urètre font une saillie de près de 2 centimètres à l'extérieur, si bien que l'orifice vaginal est en partie caché par cette saillie. Allongée, aplatie, adhérente par une base assez large, la tumeur est libre, arrondie, et plus volumineuse en bas; elle est lobulée ; un des lobules est plus dur que le tissu même de la tumeur principale. Profondément, de la paroi supérieure de l'urètre se détache une seconde tumeur éga-

lement aplatie; elle est libre et flottante dans l'étendue de près d'un centimètre; sa largeur est de 50 à 60 millimètres. Ces tumeurs saignent facilement; l'orifice du canal est largement dilaté; le doigt indicateur y pénètre sans peine et arrive facilement à la vessie. — Le canal urétral est évidemment raccourci. La malade retient bien ses urines; leur excrétion n'est pas douloureuse, mais la tumeur, lors du coït, est parfois très-douloureuse et saigne facilement. — Cette malade fut opérée par excision; la tumeur ne s'est pas reproduite.

Outre l'intérêt que donne à cette observation le nombre de polypes, elle prouve de plus que si leur volume est en général assez petit, ils peuvent en acquérir un plus considérable, au point d'exercer sur l'urètre une compression qui en modifie la longueur, la forme et la capacité. Dans un cas rapporté par M. Velpeau, le polype avait neuf lignes de long : la dame qui le portait était traitée depuis quinze ans pour une maladie de matrice. Le même chirurgien nous apprend qu'il fut appelé auprès d'une femme qui souffrait de l'urètre depuis longtemps, qui éprouvait en même temps des douleurs au bas fond de la vessie, au rectum, à la matrice; elle portait dans l'urètre une tumeur du volume d'un œuf, consistante, d'un rouge livide, et ayant énormément distendu le canal. Si on cherche à connaître les causes de ces polypes, on trouve que l'âge des femmes semble exercer une influence marquée sur leur développement. Ainsi sur huit observations dans lesquelles cette condition d'âge est notée avec soin, dans six les malades avaient de seize à vingt-trois ans : plusieurs fois la tumeur s'est manifestée peu de temps après un écoulement blennorrhagique, ce qui ne veut pas dire, comme l'ont insinué plusieurs observateurs et M. Velpeau entre autres, qu'elle constitue le plus souvent un fait de nature syphilitique ; pour nous l'existence de ces polypes s'explique par l'inflammation simple de la membrane muqueuse de l'urètre; et nous ferons remarquer, à l'appui de cette opinion, que comme tous les produits anormaux qui ont leur siége dans l'appareil génito-urinaire de la femme, ils se développent à l'âge où la vitalité de ces parties est sans cesse modifiée et accrue soit par la congestion périodique que les menstrues y entretiennent, soit par l'exercice du coït qui en exalte la sensibilité.

Marche. Les polypes de l'urètre peuvent exister pendant longtemps sans donner lieu à aucun accident de nature à fixer l'attention des femmes qui en sont atteintes. Chez quelques-unes le hasard seul les a fait reconnaître au chirurgien qui explorait les organes génitaux dans un tout autre but. Disons toutefois que ces cas sont rares, et qu'il est plus ordinaire de voir les malades éprouver en urinant de la cuisson ; elles ont de plus des envies fréquentes d'uriner, ce qu'elles ne font souvent qu'avec difficulté; dans ce cas il n'est pas rare de voir les urines sangui-

nolentes. Il existe alors une douleur très-vive et une pesanteur qui peut, comme nous l'avons vu plns haut, simuler une maladie du eol utérin. On se rappellera, dans la symptomatologie de ees tumenrs, que lorsqu'elles ont acquis un certain volume elles peuvent devenir, à l'occasion du eoït le siége d'une douleur très-forte et d'un écoulement de sang assez marqué, ainsi que nous l'avons vu dans nne observation préeédente. Le diagnostie, dans l'absence des symptômes que nous venons d'énumérer, est assez difficile, surtout si le polype est engagé dans l'urètre ; e'est le eas le plus rare : presque toujours il existe quelque indice qni appelle l'attention du chirurgien dn eôté où siége la maladie ; alors une sonde ou nn stylet introduits dans le eanal y eonstatent la présence d'un eorps anormal dont on peut apprécier assez bien la forme et mesurer la eireonféreuee. Dans un cas rapporté par M. Espezel, la sonde se fraya diffieilement passage entre la paroi de l'urètre et le polype ; il fallut quelques efforts ponr arriver dans la vessie, et il s'éeoula pendant le eathétérisme plus d'une once de sang. Lorsqu'il fait saillie à l'extérieur, M. Velpeau insiste pour qu'on ne le eonfonde pas avee ee renflement qui limite chez la femme le méat urinaire et qui sert de guide dans le cathétérisme ; la eouleur rouge foncé, ou grisâtre du polype, qui n'est pas eelle de la muqueuse, servira au diagnostic : mais le meilleur moyen d'y arriver sera encore un stylet qui permettra de eontourner toute la petite tumeur, de bien s'assurer qu'elle est eontenue dans la cavité urétrale et qu'elle est terminée par nn pédieule qui s'insère plus loin dans le eanal. On peut de plus, eomme moyen de diagnostie, saisir la tumeur avee une pinee, et en l'attirant à l'extérieur, l'isoler et s'assurer ainsi qu'elle est bien distinete de la muqueuse hypertrophiée et à l'état de prolapsus. Le traitement des polypes urétraux est fort simple ; il eonsiste dans l'emploi de trois moyens différents : la ligature, la cautérisation et l'excision. La cautérisation avee le nitrate d'argent fut employée par M. Velpeau, sans succès, sur une malade qu'il se décida ensuite à opérer par excision. La ligature fut mise en usage dans un cas cité par M. Schutzenberger : la tumeur était située à l'entrée du canal à l'extérieur duquel elle proéminait légèrement; une ligature fut jetée autour de sa base ; quatre jours après le polype tombait avee le fil qui l'étranglait. On eomprend que cette opération serait très-difficile sinon impratieable si la tumeur occupait l'intérieur de la eavité urétrale. Dans tous les eas, nous pensons qu'elle est moins simple et moins rationnelle que l'exeision.

Cette dernière n'offre en général aueune diflieulté, puisque nous avons dit que le polype était ordinairement situé près du méat urinaire. On le saisit soit avec des pinees, ou bien avec nne petite éri-

gne, et on l'excise à l'aide de ciseaux. M. Velpeau s'est servi une fois d'un petit couteau courbe sur le plat et arrondi à son extrémité ; les ciseaux sont toujours préférables. Quand la tumeur est très-avant enfoncée dans l'urètre, l'opération est très-compliquée. Dans le cas déjà cité de M. Espezel, ce chirurgien introduisit dans le canal un petit spéculum assez semblable à celui de l'oreille, et s'assura ainsi qu'il avait affaire à un véritable polype occupant la paroi supérieure de l'urètre, très-près du col de la vessie. Il introduisit alors des ciseaux longs et extrêmement pointus, en rasant la paroi sur laquelle il était implanté, et il parvint ainsi à l'exciser en totalité. L'excision de ces polypes est en général suivie d'un écoulement de sang abondant eu égard au peu d'étendue de la plaie, mais qui ne tarde pas ordinairement à s'arrêter de lui-même. Cependant, chez l'opérée de M. Espezel, il y eut une véritable hémorrhagie qui nécessita des injections d'eau froide et la cautérisation au nitrate d'argent.

Un autre fait, qui démontre combien le chirurgien doit se tenir en garde contre les accidents, lors même qu'ils semblent être le moins à redouter, est le suivant :

En 1837, j'assistai M. Lisfranc dans une opération semblable : il excisa un polype de l'urètre du volume d'une petite noisette, situé à deux centimètres environ du méat urinaire. L'excision fut en apparence suivie de l'écoulement d'une très-petite quantité de sang. Une heure après, on vint me chercher en toute hâte, me disant que notre opérée se mourait. A mon arrivée chez elle je la trouve pâle, immobile, le pouls faible ; je découvre la malade, dans la pensée qu'une hémorrhagie était seule capable d'avoir produit des accidents de cette nature. Il n'y avait aucune trace de sang dans le lit. L'hémorrhagie avait cependant eu lieu, mais à l'intérieur de l'urètre. Versé à la surface de ce conduit, le sang avait reflué dans la vessie, qui était considérablement développée. La malade accusait un besoin très-vif d'uriner. Après avoir débarrassé la vessie des caillots sanguins qu'elle renfermait, il me suffit, pour arrêter l'hémorrhagie, d'appliquer sous l'arcade du pubis deux doigts, et de comprimer pendant quelque temps. Pour éviter cette hémorrhagie, je suis d'avis que l'on doit poser en principe général la cautérisation du pédicule du polype, qui aura de plus l'avantage de détruire ce qui aurait pu échapper à l'instrument tranchant, et d'éviter de la sorte la récidive. La cautérisation, dans certains cas, est donc un auxiliaire puissant de l'excision.

Chez une femme opérée par M. Velpeau, on voulut, quatre jours après l'opération, la cautériser avec une sonde porte-caustique, qui eut d'abord de la peine à entrer. Il semblait que l'urètre n'était plus qu'un

cul-de-sac. Cependant en inclinant assez fortement l'instrument du côté droit, on parvint à passer, et on sentit que le pédicule du polype, implanté sur le côté gauche de l'urètre, n'avait pas été enlevé entièrement et s'était boursouflé. On cautérisa vivement dans ce point. Quelques jours après on renouvela la cautérisation, et la sonde ne rencontra plus d'obstacle, ce qui prouvait bien que la cautérisation avait détruit la racine du corps étranger. Une dernière question que soulève l'existence de ces polypes est celle de leur dégénérescence. A cet égard, l'observation n'a rien appris; mais quand on voit cette dégénérescence envahir les polypes du nez, du vagin, de l'utérus et du rectum, on est fondé par analogie à admettre qu'elle peut aussi avoir lieu pour ceux de l'urètre, et que conséquemment il est d'une saine pratique de les enlever dès qu'on s'est aperçu de leur existence.

AM. FORGET.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE L'URINE CONSIDÉRÉE SOUS LE POINT DE VUE DE LA MÉDECINE PRATIQUE.

Depuis quelques années, les recherches laborieuses de plusieurs médecins, et surtout de MM. les docteurs Martin Solon, Donné et Becquerel, ont appelé l'attention des praticiens sur la nature et les qualités diverses des urines excrétées dans différentes circonstances pathologiques. Les travaux de certains toxicologistes, en démontrant que les substances vénéneuses, portées dans les secondes voies par le moyen de l'absorption, sont en grande partie éliminées de l'organisme animal par la sécrétion des reins, ont d'un autre côté ajouté un nouvel intérêt à l'examen de ce liquide envisagé sous le rapport de la thérapeutique. C'est donc une bonne fortune qu'un travail sur ce sujet publié par un chimiste du mérite de M. Berzélius; aussi croyons-nous devoir en dire quelques mots à nos lecteurs, d'après une courte notice insérée par M. Calvert dans le dernier numéro du *Journal de pharmacie et de chimie*.

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur, après avoir examiné la structure de l'appareil rénal, et tracé l'histoire chimique de l'urine, fait connaître le passage de certains corps dans ce liquide.

Ainsi, après de larges applications de pommade mercurielle, il existe des sels de mercure dans l'urine, et, pour s'en assurer, il suffit de faire dessécher le sédiment qu'elle laisse déposer, puis de le soumettre à la calcination; le résultat de cette opération est l'appariton de globules mercuriels.

L'azotate de potasse, le cyanure de potassium jaune, et divers autres sels passent aussi dans ce liquide; parmi ces derniers doivent être comptés les sels de fer : en effet, après l'administration d'une forte quantité d'un médicament ferrugineux, on voit parfois l'urine présenter une légère teinte bleue ou verdâtre, produite, suivant l'auteur, par la combinaison du fer avec l'acide ferro-cyanique, qui lui-même résulterait de la décomposition, dans l'organisme vivant, de diverses matières animales.

Après l'ingestion des acides tartrique et oxalique, l'urine donne, par le refroidissement, un dépôt de tartrate et d'oxalate de chaux, dépôt dont la proportion s'accroît lorsqu'on ajoute du chlorure de calcium à l'urine.

Les acides malique, citrique et tartrique communiquent à l'urine des propriétés acides.

Les principes actifs de l'infusé de noix de galle passent également dans l'urine, car un persel de fer en solution y détermine la formation d'un précipité noir.

L'acide succinique ingéré se retrouve dans l'urine; mais il n'en est point ainsi pour l'acide benzoïque, qui, d'après les observations de MM. Woehler, Boyé et Leaming, se trouve transformé en acide hippurique.

Après l'administration de l'iode, l'urine tient en solution des iodures potassique et ammonique.

On y retrouve pareillement les carbonates alcalins, les borates, les silicates et les chlorates : il en est de même du cyanure de potassium jaune; mais le cyanure rouge se transforme en cyanure jaune : le sulfure potassique ne passe inaltéré qu'en partie seulement; le reste s'oxyde pendant son séjour dans le torrent de la circulation et est éliminé à l'état de sulfate de potasse.

Les sels végétaux à base de potasse et de soude se trouvent transformés en carbonates; en effet, ils rendent l'urine alcaline et lui communiquent la propriété de faire effervescence par l'addition d'un acide. On observe un phénomène physiologique tout à fait semblable après un usage très-abondant de certains fruits, tels, par exemple, que les pommes, les cerises, les fraises ou les framboises, qui renferment, comme leur examen chimique l'a prouvé, du citrate de potasse ou du malate acide de cette base; cette particularité justifie l'emploi qu'on a fait de ces fruits contre la gravelle formée d'acide urique, et explique en même temps les bons résultats qu'on a obtenus de cette sorte de médication dans les cas de ce genre.

Beaucoup de matières colorantes et aromatiques passent aussi, sans avoir éprouvé d'altération, dans les urines.

Les substances qui éprouvent une modification plus ou moins grande en traversant les reins sont l'alcool, l'éther, le camphre, les huiles animales pyrogénées, le musc, les principes colorants de la cochenille, du tournesol et de l'orcanette, les sels de bismuth, de plomb et d'étain, et de plus, contrairement aux faits observés par M. Bence Jones, les acides minéraux, qui, suivant l'auteur, ne communiquent jamais d'acidité à l'urine.

Le travail de M. Berzélius est terminé par l'examen chimique d'urines pathologiques, et par des propositions tant sur le mode de traitement qu'il conviendrait de préférer contre certaines maladies que sur la marche qu'il est nécessaire de suivre dans l'examen analytique des urines.

Les recherches nouvelles du savant chimiste suédois, en faisant mieux connaître qu'elles ne le sont, parmi les substances médicamenteuses, celles que l'organisme élimine sans altération par la voie de l'excrétion rénale, et celles qui sont modifiées dans l'économie vivante au point de ne pouvoir plus être reconnues dans l'urine, ajoutent de précieuses notions à la masse des connaissances déjà acquises sur la manière dont les agents pharmaceutiques se comportent dans la profondeur de nos organes, et contribuent, sans aucun doute, à éclairer quelques points de l'art de choisir convenablement les médicaments appropriés à telle ou telle autre indication dans certaines affections données.

SUR UN NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION PROPRE A RENDRE L'ACTION DE LA RÉSINE DE JALAP PLUS ÉNERGIQUE ET PLUS PROMPTE.

M. Giovanni Righini, d'Olleggio, vient de publier, dans le Journal de chimie médicale, un nouveau moyen de connaître la pureté de la résine de jalap, de faciliter son administration en thérapeutique, et par conséquent de rendre plus énergique et plus prompte son action sur l'organisme. Ce moyen est basé sur la propriété que possède le sirop de rhubarbe de dissoudre cette résine. La manière de procéder est la suivante :

On prend la quantité que l'on désire de résine de jalap, et, après l'avoir finement pulvérisée, on la triture avec du sirop de rhubarbe ajouté en quantité suffisante pour en opérer la dissolution. Par la dilution de ce soluté avec de l'eau, on voit la résine, si elle est à l'état de pureté, se présenter dans un grand état de division et y persister, ce qui n'arriverait pas si elle était altérée par le mélange de la colo-

phane ou de la résine de gayac avec lesquelles on la sophistique ordinairement dans le commerce de la droguerie.

Mais un avantage non moins précieux résulte de cette propriété particulière de la résine de jalap ; c'est que, divisée, comme il vient d'être dit, dans le sirop de rhubarbe, elle produit un effet pharmacologique bien plus marqué sur l'organisme, sans qu'il soit besoin de l'administrer à des doses aussi élevées qu'on l'a fait jusqu'ici en thérapeutique. Ainsi, quinze à vingt centigrammes de cette résine, divisés dans le sirop de rhubarbe et étendus de soixante à cent grammes d'eau, suffisent pour donner lieu à quatre ou cinq évacuations alvines, même chez des individus robustes. L'auteur a même vu ce médicament ainsi administré produire un effet éméto-cathartique. En un mot, la force purgative de la résine de jalap paraît être augmentée par ce nouveau mode de dilution à ce point que le thérapeutiste doit alors apporter une certaine circonspection dans son administration.

M. Righini ajoute qu'il prépare le sirop de rhubarbe dont il se sert pour cet objet, avec l'extrait de la racine, et en neutralisant par le sous-carbonate de potasse l'acide libre qui existe dans la rhubarbe au moment de la préparation de l'extrait lui-même.

Le procédé indiqué par M. Righini est des plus simples, et s'il donne en réalité des résultats aussi avantageux pour l'emploi pratique de la résine de jalap, ce qu'il est facile de vérifier, nous croyons que les thérapeutistes y trouveront un moyen précieux de purger sans difficulté les sujets assez nombreux qui ne consentent qu'avec beaucoup de répugnance à prendre quelque espèce de médicament cathartique que ce soit.

FORMULES D'UNE LOTION ET D'UNE POMMADE EMPLOYÉES DANS LE TRAITEMENT DES BRULURES.

M. G. Righini rapporte, dans le dernier numéro du *Journal de chimie médicale*, qu'il a retiré des avantages marqués de l'emploi de la lotion suivante pour prévenir les divers accidents auxquels donne lieu la brûlure, c'est-à-dire l'action exagérée du calorique sur l'organisme vivant, de quelque manière que les organes aient été soumis à cette action du calorique.

PRENEZ : Créosote officinale . . . . 1 gramme.
Alcool à 36 degrés. . . . . 30 grammes.
Eau commune. . . . . 180 grammes.
Extrait de saturne préparé d'après la formule consignée dans la dernière édition du *Codex* français . . 30 grammes.

M. S. A.

On lotionne les surfaces brûlées en disposant au-dessus d'elles des compresses imbibées de cette mixture.

Le premier effet résultant du contact du liquide avec les parties malades est le développement d'une sensation douloureuse qui persiste pendant quelque temps, puis finit par diminuer et disparaître tout à fait. Il est, du reste, indispensable de continuer l'usage de ces lotions pendant plusieurs heures pour pouvoir atteindre le but qu'on se propose dans leur emploi.

L'action de cette mixture endurcit la peau et prévient ainsi le soulèvement de l'épiderme ; il ne se forme donc pas d'accumulation de sérosité ni de pus au-dessous de celui-ci, et, de cette manière, les points brûlés reviennent rapidement à leur état normal.

Toutefois, si des phlyctènes s'étaient déjà développées avant qu'il eût été possible de recourir à l'application de la mixture, elles devraient être pansées avec la pommade dont la formule suit :

Prenez : Beurre. . . . . 125 grammes.
Faire liquéfier à une douce chaleur et ajouter
Sous-carbonate de plomb en poudre très-ténue . . . . 60 grammes.
Agiter le tout pour en opérer un mélange parfait, puis incorporer
Vinaigre ordinaire. . . . . . . .une cuillerée à bouche.
Remuer le tout jusqu'à refroidissement complet.

Les moyens conseillés jusqu'ici pour le traitement des brûlures ne sont rien moins que rares, et plusieurs d'entre eux, particulièrement les onctions de liniment oléo-calcaire et les applications de coton cardé ou de duvet de massette (*Typha*), jouissent à bon droit d'une grande vogue parmi les praticiens. Cependant, comme il peut se présenter telle circonstance où il ne soit pas facile au médecin d'y recourir, nous avons cru qu'il y avait avantage à faire connaître le moyen proposé par le chimiste d'Olleggio.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LA DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC DES ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE.

Je vous adresse une observation qui me semble confirmer ce qui a été dit dans les numéros de février et de mars dernier de votre estimable journal, sur la difficulté du diagnostic de certains abcès de la fosse iliaque.

Voici le fait que je vous prie de vouloir bien insérer dans vos colonnes, s'il vous paraît offrir quelque intérêt.

Vers le 15 janvier dernier, le nommé Eug... Dae..., âgé de vingt-neuf ans, cultivateur, d'une assez forte constitution, ayant toujours joui d'une excellente santé, fit à pied un voyage de 60 kilomètres environ. Il portait dans la poche latérale gauche de son pantalon un portefeuille dont le volume et la résistance gênèrent sa marche en froissant le pli de l'aine correspondante. Malgré le sentiment de fatigue et de malaise général qu'il éprouvait, il se livra à ses travaux habituels pendant les premiers jours qui suivirent ce voyage; mais bientôt obligé de garder le lit, il me fit appeler le 1er février, et je le trouvai dans l'état suivant :

La cuisse gauche était fléchie sur le tronc, les muscles offraient un peu de rigidité, l'extension était douloureuse, le malade ne pouvait exécuter aucun mouvement de ce membre sans l'aide de ses mains; les douleurs de la cuisse s'étendaient dans la région lombaire. La pression causait de la douleur dans le pli de l'aine, quoiqu'il n'y eût aucun engorgement, aucune rougeur à la peau. La fosse iliaque était complétement indolente; le ventre à l'état normal; aucune réaction fébrile; inappétence, constipation légère. — Vingt sangsues à la partie antérieure supérieure de la cuisse, larges cataplasmes laudanisés autour de la cuisse et du genou, tisane laxative avec les pruneaux et le sulfate de potasse.

Le 3, les douleurs de la cuisse étaient presque entièrement disparues; le malade pouvait, quoiqu'avec lenteur, exécuter sans l'aide de ses mains les mouvements impossibles avant l'application des sangsues. Les douleurs lombaires persistaient, étaient plus violentes à gauche qu'à droite; il y avait eu plusieurs selles, le pouls était faible, sans fréquence. — Continuation des cataplasmes laudanisés, application de sinapismes sur les lombes le matin et le soir, infusion de tilleul et de feuilles d'oranger nitrée.

A ma visite du 5, j'appris que la veille au soir le malade avait eu du frisson pendant deux heures, et que pendant toute la nuit il avait été en proie à une fièvre chaude violente, accompagnée de délire. A la suite de cet accès, le malade était tombé dans un état de prostration extrême qui durait encore à onze heures du matin quand je le vis. Plus de douleur lombaire à droite, diminution de cette douleur à gauche; rien d'anormal du côté de la rate; aucune réaction fébrile. — Continuation des sinapismes sur la région lombaire droite, potion avec eau commune 125 gram., sulfate de quinine 2 gram., acide sulfurique quantité suffisante, sirop d'acétate de morphine 30 gram., à prendre en deux fois,

moitié le soir, moitié le lendemain matin. — 1 pilule avec thridace 10 centigrammes, extrait d'opium 5 centigrammes à prendre le soir; infusion de coquelicot nitrée.

Le 6, le facies est relevé, le malade a passé une bonne nuit, et se trouve sensiblement mieux. — Continuation des sinapismes; pendant les 7, 8 et 9, décoction de quinquina gris (15 grammes pour 6 verres d'eau) édulcorée avec le sirop de gentiane.

J'appris, à ma visite du 10, que le mieux s'était soutenu jusqu'au 9 au soir, et qu'alors il était survenu un nouveau frisson suivi de fièvre chaude avec délire. Tous les accidents avaient été moindres qu'au premier accès. Les douleurs lombaires ne diminuant plus sous l'influence des sinapismes, je fis remplacer ceux-ci par des cataplasmes laudanisés. — 4 grammes de sulfate de quinine en solution, à prendre en quatre doses égales, une le matin et une le soir; chacun des trois soirs suivants, une pilule de thridace et d'extrait d'opium comme le 5; infusion de houblon nitrée, pastilles de Vichy pour exciter l'appétit.

Le 12 au matin, je trouvai le malade mieux, malgré la persistance des douleurs lombaires et de l'inappétence; je fis continuer l'usage de la tisane de houblon nitrée et édulcorée avec le sirop de gentiane; je prescrivis de plus : sulfate de quinine 1 gramme, extrait de gentiane 2 grammes divisés en 12 pilules. On devait prendre trois de ces pilules chaque jour.

Le 13 au soir, nouvel accès, moins fort que les précédents; il y eut à peine du délire. Le 14 je trouvai le malade dans un état stationnaire; il y avait toujours un peu de constipation. — 6 grammes de sulfate de quinine en solution à prendre en 6 doses égales, une le matin et une le soir; 45 grammes d'huile de ricin émulsionnée avec 60 grammes de sirop d'orgeat, à prendre le 15 au matin, deux heures après la solution de sulfate de quinine.

Le 17, je trouvai le malade à peu près dans le même état, l'huile de ricin n'avait déterminé que quelques selles peu abondantes. Le malade éprouvait une toux légère, sans fièvre, sans douleur de côté, sans le moindre phénomène anormal appréciable à l'auscultation. Chaque dose de sulfate de quinine a déterminé un mieux-être sensible pour le malade. — Tisane de gruau et de gomme arabique, potion avec 2 grammes de sulfate de quinine, et 30 grammes de sirop d'opium à prendre en deux jours, une moitié chaque matin à jeun.

Le 22, le malade accusa une douleur plus vive dans la région lombaire gauche; cette douleur s'exaspérait beaucoup à la pression; la peau était chaude et sèche dans cette région; je trouvai un peu d'empâtement et une légère saillie entre la crête iliaque et les fausses-côtes gauches, à

quatre travers de doigt des apophyses épineuses lombaires ; la région splénique et la fosse iliaque gauche étaient un peu douloureuses, la pression exercée sur cette fosse iliaque causait de la douleur dans le point où siégeait l'empâtement. Dès lors, quoiqu'il me fût impossible de constater la moindre fluctuation, j'annonçai au malade que je croyais à l'existence d'un abcès qu'il me faudrait ouvrir plus tard. Pouls faible, sans fréquence ; tous les soirs léger frisson non suivi de fièvre. Le malade éprouvant toujours un bien-être remarquable après l'administration du sulfate de quinine, je fis continuer l'usage de ce médicament. — Prenez eau commune 100 grammes, sulfate de quinine 3 grammes, acide sulfurique quantité suffisante, sirop d'opium 60 grammes. A prendre en trois fois, un tiers chaque jour. Lavements d'eau de son pour entretenir la liberté du corps, cataplasmes émollients sur la région lombaire gauche.

Le 26, l'empâtement était le même ; mais le malade accusait moins de douleur à la pression ; il s'était trouvé bien soulagé la veille, à la suite d'une selle assez abondante. — Potion avec sulfate de quinine 2 grammes, à prendre en quatre jours par doses égales. Scammonée 1 gramme, suspendue dans 100 grammes d'émulsion d'amandes, à prendre le 27 au matin à jeun.

Le 29, j'appris que le malade avait été légèrement purgé, je trouvai beaucoup plus de mollesse dans l'empâtement, sans toutefois pouvoir sentir la moindre fluctuation. Sous tous les autres rapports l'état du malade était le même. Ayant obtenu facilement son consentement, je fis avec le bistouri une ouverture d'un centimètre environ ; il en sortit au moins un demi-litre de pus très-liquide, mais sans grumeaux et sans mauvaise odeur. Je mis une mèche dans la plaie, et je recommandai d'entretenir constamment des cataplasmes émollients sur les parties malades ; eau rougie légère, bouillons, infusion de menue sauge.

Le 2 mars, il était sorti fort peu de matières de la plaie ; en enlevant la mèche, je donnai issue à un quart de litre de pus sanguinolent très-liquide, sans mauvaise odeur. Le malade ressentait à peine quelque douleur par la plus forte pression. Pouls faible, sans fréquence. Je supprimai la mèche, je fis continuer l'emploi des cataplasmes, et je permis des potages.

Le 3 au matin on trouva le cataplasme et la chemise salis d'une assez grande quantité de pus sanguinolent ; depuis ce moment il ne sortit presque plus rien de la plaie. Le 4 au soir je ne pus obtenir par la plus forte pression qu'une cuillerée à café d'eau rousse sans odeur. Le malade n'éprouvait plus la moindre douleur, il n'y avait rien d'anormal du côté de la fosse iliaque ; le pouls avait repris de la force, l'appétit était

plus développé ; j'engageai le malade à augmenter graduellement la quantité de ses aliments.

Le 8 mars, la plaie était complétement cicatrisée ; le malade avait bon appétit, digérait facilement, ses forces revenaient. Depuis ce jour, la convalescence a été franche, et le malade est redevenu promptement aussi fort et aussi bien portant que jamais.

N'ai-je pas dû croire d'abord qu'il ne s'agissait que d'un rhumatisme musculaire ? Les bons effets des sangsues et des sinapismes ne semblaient-ils pas confirmer cette opinion ? Plus tard, les symptômes n'ont-ils pas été ceux d'un fièvre intermittente pernicieuse ? Le bien-être qui suivait constamment l'emploi du sulfate de quinine, l'absence complète de fièvre dans l'intervalle des accès, ne devaient-ils pas m'empêcher de soupçonner l'existence d'un abcès, et surtout d'un abcès aussi considérable que celui que j'ai ouvert vingt-neuf jours après ma première visite, huit jours après l'avoir diagnostiqué ?

E. Devaux, D. M. P.
A Colombières (Calvados).

SUR UN CAS DE RUPTURE DU TENDON DU MUSCLE DROIT ANTÉRIEUR DE LA CUISSE.

En parcourant, ces jours-ci, les volumes du ***Bulletin de Thérapeutique***, j'ai trouvé à la page 326 du tome XVIII une observation très-succinctement rapportée de ***rupture des tendons du triceps et du droit antérieur de la cuisse***. Ayant eu occasion de rencontrer dans ma pratique un cas de ce genre, dont j'ai tenu note à cause de la rareté de cet accident, j'ai pensé qu'il pouvait être utile de lui donner de la publicité. Si, après avoir lu l'observation rédigée avec quelques détails, vous partagez mon avis, je vous prie de l'insérer dans un des prochains numéros de votre estimable journal.

M. L...., âgé de soixante-onze ans, de petite stature, replet, se promenant à sa campagne, dans la matinée du 16 août 1842, glissa sur le gazon desséché par la grande chaleur qui régnait alors, perdit l'équilibre et tomba violemment sur le siége sans pouvoir se relever. Dans l'effort qu'il fit pour prévenir cette chute, il ressentit, à la partie inférieure de la cuisse droite, vers le genou, une vive douleur accompagnée d'un bruit sec assez fort. Appelé quelques instants après l'accident, les circonstances qui précèdent m'ayant été racontées, je préjugeai qu'il s'agissait d'une rupture de la rotule par contraction musculaire, affection dont on possède plusieurs exemples ; mais ayant

examiné le membre, je fus étrangement surpris de trouver la rotule intacte. En effet, la douleur ressentie ne se rapportait pas à cet os; elle avait lieu, mais faiblement alors, à quatre ou cinq centimètres au-dessus. En cet endroit donc existait une dépression telle qu'en pressant un peu, je pus aisément y enfoncer la partie moyenne de l'index. Dès lors je ne doutai plus que je n'eusse affaire à une rupture du tendon du muscle droit antérieur de la cuisse, car je m'étais assuré, par l'absence complète des signes caractéristiques, qu'il n'existait pas de fracture du fémur. Ainsi, dépression, douleur locale seulement manifeste au toucher et par la contraction musculaire, impossibilité des mouvements d'extension de la jambe, tels étaient, je le répète, les signes sur lesquels je dus établir mon diagnostic (il n'y avait aucun gonflement du membre.) Le cas était nouveau pour moi; il l'eût sans doute été pour bien d'autres, car aucun des confrères des villes voisines, auxquels j'en ai parlé, n'en ont rencontré de semblable, soit dans les hôpitaux, soit dans leur pratique. Cependant il fallait prendre un parti. Je n'hésitai pas; je préparai et appliquai de suite le bandage unissant des plaies en travers : inutile de dire que le malade avait été préalablement mis au lit, le membre entouré inférieurement d'un bandage roulé et placé sur des coussins gradués, de telle sorte que le pied et les jambes dépassaient de beaucoup le niveau du tronc et de la tête. A ces moyens furent joints, dans les premiers jours, la diète absolue et des boissons tempérantes pour prévenir les accidents inflammatoires qui heureusement ne se manifestèrent pas, grâce à l'heureuse constitution de M. L...., dont la patience admirable et la résignation à toute épreuve secondèrent puissamment mes efforts.

Plusieurs pansements furent nécessaires tant pour resserrer les bandes relâchées, que pour modifier légèrement l'appareil et en renouveler quelques parties. Trois à quatre semaines environ après l'événement, je commençai à imprimer aux articulations de faibles mouvements dont l'étendue fut successivement augmentée pour prévenir l'ankylose qu'une longue immobilité eût pu produire sans cette précaution.

Vers le cinquantième jour, le bandage unissant fut enlevé; mais je continuai l'usage du bandage circulaire que j'appliquai en huit de chiffre autour du genou, et dont je fis remonter les doloires jusqu'à l'extrémité supérieure de la cuisse, dans le but de comprimer les muscles et d'en prévenir la contraction involontaire. Ce simple appareil fut continué jusqu'au soixante-dixième jour, bien qu'avant cette époque la réunion m'eût paru complétement opérée; mais il fallait lui donner le temps de se consolider. Dès lors je laissai le membre libre de toute entrave, ne conservant que les coussins dont je diminuai gra-

duellement le nombre jusqu'à ce que je fusse arrivé à la position horizontale.

Le quatre-vingtième jour seulement je permis à M. L.... de se lever. On le plaça dans un fauteuil; bientôt il put marcher avec des béquilles. Il ne tarda pas à y substituer l'aide d'un bras, puis un bâton. Vingt-un mois se sont écoulés depuis ce grave accident, et la cure est parfaite. M. L.... marche aussi bien qu'auparavant; il n'a éprouvé, pendant les premiers mois, d'autre inconvénient qu'un certain gonflement de la jambe, effet inévitable, mais passager de l'inaction à laquelle le membre avait été si longtemps condamné.

Lacroix, D. M.
A Orbec.

RÉCLAMATION AU SUJET D'UN RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE PAR M. VELPEAU.

Le mémoire sur l'ophthalmie scrofuleuse que j'ai adressé à l'Académie de médecine, et sur lequel un rapport vient d'être fait, a pour titre : *Mémoire sur la coïncidence des inflammations de la pituitaire et de la conjonctive dans l'ophthalmie scrofuleuse, et nécessité du traitement de la première de ces inflammations pour arriver à la guérison de la seconde.*

Ce titre est bien différent de celui qui lui a été donné dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie.

Comment se fait-il, cependant, qu'on m'ait fait qualifier d'épidémique l'ophthalmie scrofuleuse que j'ai eue à traiter, quand il n'est nullement question d'épidémie ni dans le titre, ni dans le corps de mon manuscrit; tandis que l'on a passé sous silence ce que j'ai dit relativement à l'utilité du traitement interne pour modifier la constitution et prévenir le retour de la maladie lorsque, par la cautérisation de la pituitaire, l'on a obtenu la cessation des accidents inflammatoires et la guérison de l'ophthalmie scrofuleuse?

Si j'avais dit que cette inflammation de la pituitaire se rencontrait dans un grand nombre d'ophthalmies, sans distinction d'espèces, j'aurais avancé une erreur; mais en la restreignant à l'ophthalmie qu'on était convenu jusqu'à présent d'appeler scrofuleuse ou lymphatique, et en affirmant que la phlegmasie nasale l'accompagnait presque toujours, et que le plus souvent elle la précédait, je crois avoir dit la vérité. Les nombreuses observations que j'ai recueillies depuis 1841, époque où j'ai fait ce mémoire, et celles que quelques-uns de mes con-

frères, à qui j'en avais fait part, ont bien voulu me communiquer, m'autorisent à persévérer dans mon opinion.

Ainsi donc, jamais, dans aucune autre espèce d'ophthalmie, je n'ai employé la cautérisation des fosses nasales : la raison en est simple, car je n'ai rencontré l'engorgement de la pituitaire que dans l'ophthalmie scrofuleuse.

Cette lettre ayant pour but de rétablir les faits dans toute leur exactitude, vous m'obligeriez de vouloir bien la publier dans votre plus prochain numéro.

MORAND, D. M.
A Tours.

DE L'INDIGO DANS LE PAPIER A FILTRER.

J'ai été chargé d'examiner des papiers à filtrer qui devaient être expédiés en province; j'en ai trouvé qui contenaient une très-grande quantité d'indigo.

Un de ces papiers m'a servi à filtrer du baume Oppodeldoch; ce baume s'était tellement coloré, que je n'ai pu l'utiliser.

Ces papiers, ainsi altérés, ont une couleur bleuâtre; vus au microscope, on y découvre les filaments de chiffons colorés, que l'on n'a pas eu l'attention de retirer de la pâte.

Il est donc essentiel que les pharmaciens soient prévenus, car ils ne doivent employer dans leurs officines que des papiers à filtrer entièrement blancs. STAN. MARTIN, ph.

BIBLIOGRAPHIE.

Illustres médecins et naturalistes des temps modernes, par M. Isidore BOURDON, *membre de l'Académie royale de médecine.*

Il n'est pas d'histoire plus attachante que celle qui nous retrace la vie des hommes dont les travaux concoururent à agrandir le domaine des sciences qu'ils cultivèrent. L'homme du monde lui-même, si distrait qu'il soit par les soins futiles dans lesquels se consume son existence, ne peut s'empêcher de porter de temps en temps un regard curieux sur la retraite laborieuse où le savant aime à s'ensevelir; ne vivant que de la vie des sens, uniquement occupé de ce qui intéresse sa sensibilité, il a peine à comprendre comment des hommes se rencontrent qui, avec les

mêmes aptitudes aux plaisirs, renoncent à ces plaisirs, et se montrent constamment fidèles à la sublime vocation de l'intelligence, qui n'a qu'une passion, celle de connaître. Ce n'en est pas moins pour lui cependant un spectacle qui lui inspire un intérêt réel; c'est un contraste qui le frappe et le rappelle de temps en temps à une conception plus vraie et plus complète de la vie. Mais si l'histoire des hommes qui ne vivent ainsi que par l'intelligence frappe et intéresse ceux-là mêmes qui sont le moins aptes à comprendre cette vie, combien plus vivement encore ne doit-elle point piquer la curiosité de ceux qui, sans avoir le droit de se poser comme initiateurs dans la science, sont portés par leurs habitudes comme par leurs devoirs à suivre au moins celle-ci dans son développement progressif! L'histoire abstraite de la science, telle que l'ont conçue, sans l'avoir encore exécutée, quelques auteurs contemporains, serait sans doute plus propre que la biographie à mesurer la marche de l'esprit humain dans telle ou telle direction scientifique; néanmoins celle-ci, pouvant descendre dans des détails qui échappent nécessairement à celle-là, fixe davantage l'attention, et grave plus profondément dans la plupart des esprits les principes fondamentaux de la science.

De ce point de vue, l'ouvrage de M. Is. Bourdon n'est donc pas seulement une œuvre littéraire, c'est en même temps une œuvre de science sévère, dans laquelle la marche de la médecine, pour une époque déterminée, se trouve retracée, non méthodiquement, mais d'une manière complète. Il nous suffira, pour justifier cette assertion, de citer les noms des hommes dont il nous rappelle la vie scientifique; ces hommes qui tous ont doté la science de travaux originaux qui resteront, sont Cuvier, Boerhaave, Lamarck, Haller, Bordeu, Camper, Barthès, Bichat, Corvisart, Béclard, etc. Si toute la science physiologique n'est point là, on ne saurait nier cependant qu'il est fort peu d'idées qui n'aient été réunies, commentées, développées par cette pléiade d'hommes illustres, et que leurs idées propres se mêlent à la tradition scientifique, soit qu'elles la combattent soit qu'elles la confirment en formant un tableau à peu près complet de la biologie.

Dans ce livre, M. Isidore Bourdon se montre constamment à la hauteur des travaux dont il s'efforce de caractériser l'esprit et de faire saillir les principaux résultats. Il juge Cuvier, naturaliste, géologue, homme politique, avec la même sûreté de critique que Corvisart, simple observateur des phénomènes de la vie morbide. S'il nous était permis ici de dégager les idées propres à l'auteur sur les nombreux sujets auxquels il touche nécessairement en traçant le tableau animé de la vie scientifique des savants dont il expose les travaux, nous croyons que là

encore se montreraient la justesse de son jugement et la solidité de sa doctrine ; mais nous ne voulons point chercher dans son livre ce qu'il n'a point voulu y mettre, des affirmations scientifiques formelles et complétement développées.

Le côté moral de l'ouvrage du savant auteur que nous examinons en ce moment n'est pas moins remarquable que le côté scientifique proprement dit. M. Isidore Bourdon s'est attaché à saisir dans chacun des savants auxquels il a donné place dans son cadre élégant, le trait principal de son caractère, les aptitudes les plus fortement accusées de son intelligence. C'est ainsi qu'il nous montre Cuvier et Harvey également animés par un amour passionné de la science, mais toujours pleins de respect pour la vérité, qu'ils ne trahissent jamais par passion. De même Boerhaave, enivré des éloges partout prodigués à son nom, et qu'il méritait, puisqu'un homme tel que Van-Swieten borna sa gloire à le commenter, s'efforce de se maintenir par la dignité du caractère à la hauteur de la réputation que ses contemporains lui ont faite. Lorsqu'il voit dans l'un de ses auteurs la modestie s'allier à la supériorité de l'intelligence et aux faveurs de la fortune, il ne manque pas d'accorder à cette qualité si rare tous les éloges qu'elle mérite. Presque tous les savants illustres dont il nous raconte la laborieuse vie, doivent lutter longtemps contre les obstacles qui naissent de la nature même des choses ou des passions des hommes. Il sort de là un enseignement que l'auteur ne manque jamais de faire ressortir. Et lorsqu'on a assisté au spectacle de ces luttes douloureuses dans lesquelles cependant aucun de ces généreux athlètes ne fléchit, on se convainc que si la patience n'est point le génie, elle en est au moins, ainsi que l'a dit Buffon, la compagne et l'auxiliaire.

Pour résumer en deux mots notre pensée sur un livre auquel nous souhaitons la fortune qu'il mérite, nous dirons qu'il est du petit nombre des ouvrages contemporains qu'on lit avec intérêt, parce qu'on les lit avec profit.

Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses, par J.-G.-A. Lugol, *médecin de l'hôpital Saint-Louis*, etc.

Nous nous proposons de faire connaître dans un article spécial les idées neuves qui se trouvent dans le livre, aussi remarquable par la science qu'intéressant par le style, que vient de publier M. Lugol : aussi ne nous arrêterons-nous point aujourd'hui sur les questions capi-

tales que nous examinerons plus tard. La scrofule est considérée par M. Lugol dans son acception la plus large et la plus complète : c'est une affection générale s'il en fut, qui se multiplie, qui se transforme de mille façons. Les chapitres où l'auteur examine la filiation des tubercules et des scrofules offrent un intérêt des plus puissants.

« Il n'y a, dit M. Lugol, à parler rigoureusement, de scrofule d'aucun tissu, d'aucun organe ; c'est, dans tous les cas, la même maladie qui attaque plus particulièrement chez un malade le système muqueux, chez un autre le système dermoïde, cellulaire, osseux, etc., mais sans se fixer jamais sur aucun d'eux d'une manière isolée. » Ce court passage est l'expression nette de l'idée principale d'après laquelle, suivant l'auteur, le traitement de la maladie scrofuleuse doit être dirigé. Nous y reviendrons.

Dans cette première publication, M. Lugol se propose surtout de rechercher la cause prochaine de la scrofule, et il n'hésite point à poser que cette cause réside uniquement dans la transmission héréditaire. Des faits, aussi nombreux qu'habilement interprétés, sont invoqués à chaque instant pour établir la réalité de cette étiologie. En suivant cette ligne, M. Lugol arrive à toucher à une question sociale importante, celle de l'influence des mariages sur la production de l'affection scrofuleuse. Nous avouons franchement que tout en reconnaissant avec l'auteur l'influence immense de l'hérédité dans le développement de la scrofule, nous ne croyons pas qu'il soit possible de nier l'influence également puissante de certaines conditions, telles que l'alimentation insuffisante, l'habitation dans des lieux humides, le manque d'insolation, l'exténuation de l'organisme par un travail excessif, les abus vénériens, etc., pour réaliser, sans prédisposition héréditaire, la maladie scrofuleuse sous l'une ou l'autre de ses manifestations. Les recherches récentes de M. Rayer sur quelques-uns de ces points de l'étiologie de l'affection scrofuleuse, celles de M. Dupuy d'Alfort, etc., ne permettent pas, suivant nous, de révoquer en doute la réalité de ces influences spéciales. L'auteur, du reste, lorsqu'il parle de l'endémie scrofuleuse, n'a pu s'empêcher d'être frappé de l'influence qu'ont les milieux sur l'organisation pour donner à celle-ci une physionomie spéciale, pour modifier profondément les constitutions ; il fait même à cet égard une remarque qui nous a frappé et que nous croyons devoir citer ici. Après avoir fait observer combien certaines constitutions se montrent réfractaires à la loi de cosmopolitisme dont on a accordé tous les avantages à un certain nombre d'espèces animales, et surtout à l'homme, il se résume de la manière suivante :

« Le sol natal est donc un élément de notre organisation, et les races

présentent de notables différences suivant les régions qu'elles habitent. On en acquiert la preuve au premier aspect de l'espèce humaine comparée à elle-même, selon les grandes divisions du globe, selon les divisions particulières de l'Europe, et même en comparant les diverses populations d'un État en particulier. Ainsi, en France, le physique des habitants du Nord diffère beaucoup de celui des habitants du Midi. Il y a aussi des différences profondes à des distances beaucoup moins éloignées ; il y en a entre un Angevin et un Bas-Breton, entre un Tourangeau et un Périgourdin, etc., etc. Chacune de ces provinces donne un tempérament, une physionomie particulière à ses habitants. Et telle est l'origine des besoins, des industries, des mœurs, des costumes, des divertissements particuliers à nos anciennes provinces. »

C'est là, en effet, une observation remarquable. Montesquieu, et avant lui Hippocrate, avaient été frappés de cette influence puissante ; mais M. Lugol va plus loin que tous ceux qui l'ont précédé dans cette direction ; il rattache ces faits à la conception de ce qu'il appelle des races particulières dans l'humanité, et, passant de la spéculation à la pratique, il pose hardiment la question de ce que Salverte, je crois, a appelé la transplantation humaine.

Quant aux développements fort remarquables dans lesquels l'auteur est entré sur la prophylactique générale de l'affection scrofuleuse, il se livre, à propos de la question des mariages, à des considérations physiologiques de la plus haute importance. Nous ne saurions que le louer de la manière la plus explicite pour les conseils qu'il donne aux médecins dans ces circonstances délicates.

Du reste, en attendant nos développements, nous répéterons que l'ouvrage du médecin distingué de l'hôpital Saint-Louis est un ouvrage remarquable, et digne en tous points de fixer l'attention des médecins.

Guide du médecin praticien, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées ; par F. L. J. Valleix, *médecin des hôpitaux de Paris, etc.* Tome III[e], *Maladies des voies circulatoires ;* tome IV[e], *Maladie des voies digestives.*

M. Valleix poursuit avec zèle et persévérance la publication importante et sérieuse sur laquelle nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs. Les deux nouveaux volumes que nous avons sous les yeux sont en tout dignes des précédents : l'un est consacré aux maladies des voies circulatoires, l'autre commence les maladies des voies digestives. Fidèle au plan qu'il avait annoncé, l'auteur écrit spécialement en vue

du médecin praticien. Ce qui importe surtout à la pratique, c'est le diagnostic et la thérapeutique ; le diagnostic, sans lequel la thérapeutique erre sans pilote et sans boussole sur des mers pleines d'écueils ; la thérapeutique, sans laquelle le diagnostic ne serait qu'une science de vaine et stérile curiosité. C'est à ces deux éléments indispensables que M. Valleix s'est surtout attaché, et c'est là ce qui donne à son ouvrage un cachet particulier d'utilité que beaucoup d'ouvrages analogues ne présentent pas au même degré. M. Valleix a entrepris un travail que que tout praticien devrait faire lui-même, mais dont les nécessités et les exigences de la profession rendent souvent l'exécution impossible. Or, ce travail, les praticiens le trouveront tout fait dans cet ouvrage, et par un esprit droit, un critique judicieux, un observateur habile. Après avoir lu un chapitre quelconque de cet ouvrage, le praticien sait tout ce qu'il lui importe de savoir, et il le sait bien. S'il se décide pour tel ou tel traitement, telle ou telle médication, ce ne sera pas seulement sur la foi d'un nom ou d'une autorité, mais sur la foi des faits et des résultats dont M. Valleix fait une exposition d'appréciation et de critique raisonnée. Différant en cela de quelques auteurs modernes, M. Valleix a cru que la médecine tout entière n'était pas née de toutes pièces dans les écoles actuelles ; il a vu que les travaux de nos prédécesseurs étaient souvent une source précieuse d'instruction ; aussi, à côté des noms contemporains, le lecteur rencontre avec plaisir et souvent avec reconnaissance les grands noms de Sydenham, Forestus, Boerhaave, Morton, Torti, etc., et de tous les praticiens éminents des siècles antérieurs.

Cet ouvrage, dont nous ne pouvons ici que présenter cette appréciation générale, nous paraît donc digne de l'estime et de toute l'attention de nos lecteurs.

Nouveau manuel d'anatomie générale. — Hirtologie et organogénie de l'homme ; par M. L. F. Marchessaux, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne, lauréat des hôpitaux, etc.*

Bien que notre Bichat soit incontestablement le créateur de l'anatomie générale, et que dans les progrès incessants que fait cette science nouvelle il y ait encore une part assez large à faire aux anatomistes et aux physiologistes français, on ne peut nier cependant que ce ne soient les Allemands surtout qui ont déployé le plus d'activité dans cette direction scientifique. Il résulte de là que cette science est peu répandue

parmi nous. Nous savons bien qu'il n'est pas rigoureusement nécessaire, pour la pratique de la médecine, de connaître les travaux nombreux auxquels a donné lieu l'étude de l'évolution organique, les résultats auxquels a conduit l'application de l'investigation microscopique aux recherches qui servent de fondement à l'hirtologie; mais les faits généraux qui se rattachent à cette partie de la biologie sont de nature à captiver au plus haut degré l'attention, et élargissent singulièrement l'intelligence. En entreprenant de résumer dans un ouvrage de peu d'étendue les travaux intéressants qui se rattachent à l'anatomie et à la physiologie transcendentales, M. Marchessaux a donc fait une œuvre éminemment utile. Tout le monde, nous en sommes sûr, s'empressera de le reconnaître.

Ce résumé, d'ailleurs, n'est point fait, ainsi que cela arrive parfois pour ces sortes d'ouvrages, de manière à laisser douter si l'auteur est bien pénétré lui-même de la science qu'il veut enseigner aux autres; le livre de M. le docteur Marchessaux montre d'un bout à l'autre qu'il sait parfaitement les choses dont il parle, qu'il les a profondément méditées, en un mot, qu'il comprend la science, ses lacunes, aussi bien que ses affirmations positives et démontrées. Il suffit, pour se convaincre de la vérité de ce que nous venons de dire, de lire les pages substantielles que l'auteur consacre à l'exposition des principaux systèmes sur les formations des lois de l'épigénèse, qu'il admet avec presque tous les physiologistes contemporains, de l'évolution embryonnaire, de la classification des tissus, etc. Là, partout, M. Marchessaux fait preuve d'un jugement sain, d'une science sérieuse, qui le conduisent presque toujours aux doctrines les plus sûres. Le reste du livre est consacré au développement des détails de la science, qu'il reproduit avec le même bonheur.

Pour dire toute notre pensée sur ce petit ouvrage, il nous paraît destiné à atteindre un double but, il apprendra à ceux qui ignorent, il rappellera sûrement à ceux qui ont su.

Traité des phénomènes électro-physiologiques des animaux; par M. C. Matteucci, ***suivi d'études anatomiques sur le système nerveux et sur l'organe électrique de la torpille;*** par Paul Savi.

Depuis longtemps M. Matteucci s'occupe de recherches spéciales sur l'électricité animale, et plus d'une fois déjà diverses académies ont inséré, avec distinction, dans leurs recueils, des mémoires de cet auteur, dans lesquels étaient signalés des résultats plus ou moins importants. Le livre que publie aujourd'hui M. Matteucci développe et complète

ces travaux partiels. Nous ne saurions, sans sortir du cadre de ce journal, examiner dans leur ensemble les recherches du savant Italien; nous devons nous borner à en indiquer les principaux résultats. Voici d'abord le fait général des expériences aussi positives qu'elles sont ingénieuses, établissant d'une manière irréfragable que dans les muscles des animaux vivants, ou récemment tués, on trouve un courant électrique, et que ce courant est fermé entre l'intérieur du muscle et sa surface. Ce courant varie d'intensité dans les divers animaux; il cesse quelquefois après la mort, et il est toujours dirigé dans le muscle de l'intérieur à la surface, ou plus généralement de l'intérieur du muscle à un corps conducteur quelconque, qui communique avec la surface. Ce fait posé, et après que l'auteur s'est efforcé d'en déterminer les lois, une question se présentait naturellement; cette question est celle-ci : l'action nerveuse se résout-elle simplement dans ce courant électrique? On sait que plusieurs physiologistes n'ont point hésité à résoudre cette question d'une manière affirmative. Pour M. Matteucci, non-seulement ses expériences ne lui paraissent pas devoir conduire à ce résultat, mais elles le contredisent formellement; pour lui, l'action du système nerveux sur l'organisme vivant qu'il pénètre, demeure tout à fait inconnue. Le courant électrique intra-musculaire n'a d'autre pouvoir que de modifier cette action mystérieuse à l'instar des autres stimulants, bien qu'il se forme d'une manière spéciale. Cette question le conduit à l'examen de l'influence thérapeutique de l'électricité sur certaines affections de l'organisme, telles que la paralysie, le tétanos, etc. Dans son opinion, la médecine peut tirer un parti avantageux de l'existence du courant électrique intra-musculaire, en en modifiant la production suivant le résultat qu'on se propose d'obtenir. M. Matteucci a vu des faits qui l'autorisent à tirer cette conclusion. Tout le monde sait que depuis longtemps déjà l'électricité a été signalée comme un modificateur propre à agir d'une manière favorable dans certains états morbides; mais les résultats importants, ceux que le savant Italien est parvenu à régulariser par ses tentatives, nous paraissent propres à servir réellement la thérapeutique.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Névrose des poumons simulant la phthisie pulmonaire au dernier degré, et guérie en deux jours par l'extrait de belladone et la

fumée de stramonium. — Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur un fait de la plus haute importance pratique. Il montrera la faute que nous avons faite en acceptant, sans nouvel examen de notre part, un diagnostic déjà porté par deux de nos confrères ; diagnostic dont l'exactitude, du reste, semblait attestée par tous les signes rationnels et par l'état général de la malade. Cette observation fera voir à nos confrères que, pour le diagnostic et le pronostic de la phthisie pulmonaire, comme de toute autre affection de la poitrine, on ne peut, dans aucun cas, se contenter des symptômes généraux ; qu'il n'y a d'autre base certaine de jugement que dans l'auscultation, et que, dans aucun cas, on ne peut se dispenser de la pratiquer.

Je fus appelé, le 23 avril, pour donner mes soins, en qualité de médecin du premier dispensaire de la Société philanthropique, à Mme Gillot, âgée de trente-deux ans, femme d'un employé de l'Opéra-Comique, et mère de cinq enfants. Cette femme était malade depuis plus d'un an, et avait déjà été traitée par deux autres médecins; ce n'est qu'après avoir épuisé ses ressources, qu'elle avait eu recours aux soins gratuits du dispensaire. Avant que je visse la malade, le mari m'avait prévenu que sa femme ne présentait plus aucune chance de guérison ; que depuis huit mois elle était condamnée par les deux médecins qui l'avaient soignée, notamment par le dernier, M. le doct. X., qui logeait dans la même maison, lequel ne lui donnait que huit à dix jours à vivre, arrivée qu'elle était au dernier terme de la phthisie pulmonaire. L'opinion de ce dernier confrère, qui venait de publier un très-bon livre sur la phthisie pulmonaire, était d'un grand poids pour moi. Aussi, en voyant la malade et les symptômes qu'elle présentait, je ne doutai pas un instant de l'exactitude du jugement qu'il avait porté ; et, vu l'état de saleté de cette pauvre femme, je me dispensai de porter l'oreille sur les parois de sa poitrine. Qu'observait-on, en effet? Depuis quatre mois la malade n'avait point quitté le lit, et son état s'était constamment aggravé. Elle était dans le marasme squelétique le plus complet; la peau était chaude, le pouls petit et fréquent ; il y avait toutes les nuits des sueurs colliquatives abondantes, surtout à la poitrine et à la tête, et depuis plus de deux mois un dévoiement opiniâtre; de plus la toux était incessante, la nuit et le jour, et elle rendait par vingt-quatre heures une cuvette pleine de crachats phlegmorrhagiques et puriformes. La malade ne pouvait supporter d'autre aliment qu'un peu de bouillon ou de lait, et encore les vomissait-elle souvent par suite des quintes de toux.

J'avoue qu'en présence de ces symptômes, je ne révoquai point en doute l'existence de cavernes tuberculeuses dans les poumons, et comme mon

confrère X., je pronostiquai une mort assez prochaine. Je bornai mon traitement aux boissons pectorales, aux loochs, aux potions diacodées, aux lavements amilacés et laudanisés, et à des pilules d'agaric blanc et d'acétate de plomb pour modérer les sueurs et le dévoiement.

Pendant quinze jours entiers, je fus pour ainsi dire chaque jour, à ma visite, le triste et passif spectateur de la lente agonie de cette femme. Enfin, un jour, venant d'assister à une consultation pour un jeune homme atteint de cavernes pulmonaires, j'eus l'idée de comparer les phénomènes que je venais de constater chez lui avec ceux que devait présenter la poitrine de cette malade : cette curiosité lui sauva la vie.

En effet, quel fut mon étonnement de ne trouver ni sous l'une ni sous l'autre clavicule, ni dans les fosses sus et sous-épineuses, ni sous les aisselles, aucune trace de toux caverneuse, ni de gargouillement, encore moins de pectoriloquie! Je continuai mon examen, et je trouvai une absence presque absolue de respiration vésiculaire dans tous les points de la poitrine, en avant et en arrière, à droite et à gauche. Néanmoins, la percussion donnait un son plus que normal dans tous les points. Il devint, dès lors, évident pour moi que cette femme était dans un état d'asphyxie lente par suite d'une névrose pulmonaire de la nature de l'asthme; en effet, en augmentant artificiellement la force d'inspiration, en faisant parler la malade jusqu'à perte absolue d'haleine, l'inspiration qui suivait rendait perceptible la pénétration libre de l'air dans les vésicules pulmonaires.

A l'instant je pus annoncer à la malade et à la famille qu'une amélioration assez prompte suivrait l'emploi de nouveaux moyens. J'ordonnai de faire fumer à la malade chaque heure une pipe de feuilles de datura stramonium, et fis mettre des sinapismes aux cuisses et aux jambes. Comme l'action de fumer n'était pas très-facile, vu l'oppression du sujet, j'ajoutai, quatre heures après, à ma seconde visite, l'usage d'une potion composée avec : inf. de lierre terrestre, 120 grammes; extrait de belladone, 20 centigrammes; teinture de digitale, 20 gouttes; sirop de sucre, 30 grammes; à prendre par cuillerées toutes les heures. Au bout de six heures de cette administration, il y avait déjà une amélioration notable dans l'état de la malade : la figure s'était recomposée; la toux était moindre, et les crachats avaient changé de nature et diminué de moitié; il y avait eu deux heures de sommeil dans la nuit. Je fis mettre un large vésicatoire le second jour sur le devant de la poitrine, et je portai à 40 centigrammes au lieu de 20 l'extrait de belladone. La malade devait également fumer quatre pipes de stramonium dans les vingt-quatre heures. Une amélioration, qui ressemblait à un vrai miracle, suivit l'emploi de ces moyens; dès le

soir, il n'y avait presque plus de toux ni d'expectoration. La nuit fut bonne. Enfin, le troisième jour le bien-être de la malade était tel, qu'elle put manger et parfaitement digérer deux soupes et une côtelette. Le quatrième jour, elle était assise dans sa chambre. Le cinquième, elle pouvait s'occuper un peu des affaires de son ménage. Les sueurs, le dévoiement, avaient cessé dès le second jour ; la toux et l'expectoration étaient presque nulles. Enfin, cette femme était revenue de la mort à la vie en moins de deux jours. Il faut ajouter que le vésicatoire fut excité, et la belladone continuée à dose décroissante, jusqu'au huitième jour, où nous laissâmes la malade complétement guérie.

Il est peu d'observations plus propres à établir l'importance d'un diagnostic sévère. Voyez comme, la cause de ce trouble qui allait entraîner la mort, une fois reconnue et combattue par les moyens convenables, tout rentre immédiatement dans l'ordre. Il faut donc se souvenir qu'une névrose des poumons, qu'un état asthmatique prolongé et méconnu, peut amener une asphyxie lente, une sécrétion bronchique puriforme abondante, les sueurs et le dévoiement colliquatifs, le marasme, et en imposer, par tous ces symptômes, pour une phthisie pulmonaire, si on n'a le soin d'ausculter avec soin le sujet.

Une opinion sur le mystère de la génération. — Nous n'avons point en vue, on le comprend, de faire une dissertation sur les systèmes par lesquels on a voulu expliquer les mystères de la génération ; nous voulons simplement consigner ici une opinion sur la prédominance relative d'un sexe sur un autre, que nous avons entendu émettre à notre savant professeur d'accouchements, M. Moreau. Cette manière d'envisager la fonction génératrice offre au médecin un côté pratique qui ne lui échappera pas ; elle peut ne pas appartenir en propre à M. Moreau, mais elle prend à nos yeux une plus grande valeur en se produisant sous le patronage d'un nom aussi recommandable que le sien, et surtout en ayant pour étai un grand nombre d'observations prises dans sa pratique.

Chacun sait que tous les systèmes proposés et discutés pour expliquer la génération, depuis les anciens philosophes jusqu'à nos jours, peuvent se réduire à deux principaux, celui des ovaristes et celui des épigénétiques. Pour les *ovaristes*, l'individu nouveau existe en germe dans l'ovaire féminin, et l'homme ne concourt à la génération qu'en provoquant son avivement. Pour les *épigénétiques*, l'individu se forme de toutes pièces à l'aide des matériaux fournis des deux côtés, chaque sexe ayant sa part plus ou moins grande dans le produit.

M. Moreau est épigénétique. Pour lui, il est incontestable que l'individu qui se trouve le plus fort, qui est le mieux portant au moment du coït fécondant, aura la prééminence sur l'autre, et que le sexe de l'enfant viendra de cette prééminence. Il a été constaté par M. Moreau un nombre infini de fois, et chacun pourra apprécier la vérité de cette remarque, que dans les familles où l'homme est vigoureux et bien portant, et où la femme est faible et malingre, ce sont les garçons qui dominent, et lorsque, au contraire, la femme est plus jeune et plus forte, que le mari est malade ou vieux, ce sont les filles qui naissent en majorité. Il n'est pas rare, en effet, de ne voir dans certains ménages que des garçons, et dans quelques autres que des filles. Dans ce dernier cas, la prédominance d'un sexe sur l'autre est constante, elle est pour ainsi dire constitutionnelle. Mais souvent la prédominance de l'homme sur la femme ou de la femme sur l'homme tient à l'état de force physiologique, de puissance vitale où ils se trouvent au moment de l'acte générateur. Si alors le mari, quoique plus fort, est affaibli, souffrant, la femme, quoiqu'en apparence plus faible que lui, aura la prééminence, et *vice versa*. En un mot, ce n'est toujours pas sur les dehors, sur les apparences qu'on doit juger de la force physiologique reproductrice. L'état de l'organisme au moment du coït y a une grande influence, et le sexe de l'enfant viendra de la prééminence qu'aura un sexe sur l'autre à l'instant où la fécondation aura lieu.

Il suit de ces considérations que l'on peut jusqu'à un certain point préparer des chances à la production d'un sexe ou d'un autre. Ce fait, qui a quelquefois une haute importance sociale, est incontestable pour M. Moreau. Il a la conviction d'avoir, dans un nombre assez considérable de cas, amené, par les avis éclairés qu'il a donnés, la production d'un garçon ou la production d'une fille. Et ici il ne s'agit point de telle position à prendre dans le coït; de l'ovaire droit qui contient les germes mâles, et de l'ovaire gauche qui renferme les germes femelles, que l'on fécondera suivant l'inclinaison que l'on donnera à la femme; tout est simple et physiologique dans les conseils de M. Moreau; il ne s'agit que de mettre en pratique d'une manière intelligente les règles de l'hygiène; tonifier l'un, affaiblir l'autre, voilà toute la maxime. Un capitaine de hussards d'un grand nom, âgé de trente-quatre ans environ, ayant mené jusqu'à son mariage une vie dissipée, épouse une jeune fille de vingt-deux ans, forte, fraîche, bien portante. Il tenait beaucoup à avoir un garçon, et il a une fille d'abord, puis une seconde fille ensuite. M. Moreau, témoin de son désespoir, lui promet un garçon s'il veut changer ses habitudes. En effet, il renonce à une maîtresse qu'il avait; il se tonifie par une nourriture substantielle et l'usage du

vin de Bordeaux pour réparer ses forces, il garde la continence la plus absolue; et pendant ce temps, sa jeune femme est soumise à l'usage des bains tièdes prolongés, à un régime herbacé et de viandes blanches; il saisit, pour le rapprochement conjugal, le moment où sa femme est un peu languissante et mal à l'aise; une troisième grossesse s'ensuit, et c'est un gros garçon qui vient à naître.

Il faudrait faire un mémoire pour rapporter toutes les observations de ce genre que nous a racontées M. Moreau. Cette simple indication d'un fait que cet habile professeur établit comme incontestable, suffira pour éclairer les praticiens sur le parti qu'ils peuvent tirer de ces réflexions. Nous y reviendrons du reste, si besoin en est.

Rhumatisme articulaire aigu, guéri rapidement par le nitrate de potasse à haute dose. — Nos lecteurs connaissent déjà, par le mémoire intéressant publié dans ce Journal par M. Martin Solon, l'efficacité du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme aigu. Le fait suivant, que nous avons recueilli dans les salles de ce médecin à l'hôpital Beaujon, est on ne peut plus concluant pour établir l'utilité de ce traitement. Un ouvrier terrassier, âgé de trente-six ans, est reçu dans les derniers jours du mois de mai dernier à l'hôpital, et couché au n° 36 de la salle Beaujon. Il est atteint d'un rhumatisme articulaire général sur-aigu. Toutes les articulations sont prises, principalement les épaules, les coudes et les genoux, qui sont tous deux hydarthrosés. La chaleur de la peau est intense, la fièvre vive; tout mouvement est impossible. Le malade est dans cet état depuis cinq jours, et aucune médication énergique ne lui a été faite. Avant de commencer l'usage du nitrate de potassse, M. Martin Solon fait ouvrir la veine et tirer 120 grammes de sang, pour constater simplement l'état de ce fluide, et non pour combattre l'inflammation. Le sang était très-fibrineux, très-plastique; il présentait une couenne grise, épaisse et très-dense. Le jour même, le nitrate de potasse fut commencé à la dose de 30 grammes répartis dans quatre pots de tisane de pariétaire que le malade bût dans les vingt-quatre heures.

La même médication fut continuée le lendemain et les jours suivants sans aucune addition ni changement. Dès le matin du *second* jour de l'emploi du nitrate de potasse, le mal présenta un point d'arrêt, puis il diminua graduellement, au point que le *quatrième* jour toutes les articulations étaient sans douleur et presque sans gonflement, excepté le poignet droit, qui était encore douloureux. On pratique une nouvelle petite saignée pour constater les changements subis par le sang. On le

trouve encore assez fibrineux, mais il n'y a presque plus de couenne. On continue encore le nitrate de potasse deux jours à la même dose, et comme le malade ne souffrait plus, que les articulations étaient libres, le sixième jour de l'entrée du malade et le onzième de la maladie on cesse ce médicament.

Mais cette interruption était trop hâtive, le principe de la maladie n'était pas encore complétement éteint, car le second jour de la cessation du remède, il y a eu recrudescence du rhumatisme, principalement dans les deux épaules et les deux poignets, avec fièvre. Dès le jour même on reprend le nitrate de potasse à la dose de 40 grammes par vingt-quatre heures, et il a les mêmes bons effets cette seconde fois que la première, c'est-à-dire que le second jour les douleurs sont moindres, et qu'elles diminuent pour ainsi dire d'heure en heure.

Le quatrième jour, le malade était revenu à son état normal, il n'avait plus de fièvre, pouvait se servir de ses membres et recommençait à prendre des aliments; cela n'empêcha point que l'on ne continuât encore sept jours le nitrate de potasse à 20 grammes, pendant même l'augmentation de l'alimentation. Enfin ce sujet, radicalement et sûrement guéri de son affection déjà depuis six jours, est sorti de l'hôpital pour reprendre ses travaux.

Ainsi, bons effets du nitrate de potasse une première fois; cessation trop prompte du remède; retour des accidents; et guérison prompte une seconde fois par le même moyen. Les deux petites saignées qui ont été faites ne peuvent pas compter dans le traitement. Ce sont des saignées simplement exploratrices, qui ont montré du reste l'action du nitrate de potasse sur le sang, puisque en quatre jours les changements opérés sur ce fluide par l'administration de ce sel ont été tels, que pour en avoir de pareils, dans une inflammation aussi intense que celle que présentait le malade, il aurait fallu arriver à la septième ou à la huitième saignée.

Plaie de l'artère radiale. — Double ligature. — Complication de pourriture d'hôpital. — Le nommé Mary, menuisier, âgé de vingt-trois ans, se blessa en affûtant le fer d'un rabot; le tranchant de l'instrument laboura les parties molles de la région carpienne antérieure, et il en résulta une plaie étendue transversalement du bord cubital au bord radial. Les tendons des muscles grand palmaire et cubital antérieur sont à découvert, et il se fait immédiatement par l'angle externe de la plaie une hémorrhagie fort abondante. On conduisit le blessé chez un pharmacien du voisinage, qui appliqua un tamponnement maintenu à l'aide d'un bandage fortement serré. Ce tamponnement suspendit l'hémorrhagie. Deux

heures après, il était conduit à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, qui, voulant s'assurer de l'étendue et de la nature de la solution de continuité, enleva le tamponnement qui avait été mis en ville. Immédiatement l'hémorrhagie se renouvela. Elle était fournie dans un point et avec une telle force, qu'il ne pouvait exister aucun doute sur son origine artérielle; le siége de l'écoulement sanguin ne permettait pas de méconnaître le vaisseau ouvert, c'était bien évidemment l'artère radiale dans sa portion correspondante à l'articulation radio-carpienne. On réappliqua immédiatement le tamponnement, et le malade fut condamné au repos le plus absolu et à une diète sévère. Le lendemain au matin, 15 juin, M. Jobert leva de nouveau l'appareil compresseur, et aussitôt l'hémorrhagie se reproduisit. Convaincu dès lors qu'on ne pourrait l'empêcher d'une manière définitive qu'en faisant la ligature du vaisseau ouvert, il y procéda de la manière suivante :

Il lia les deux bouts de l'artère, non pas dans la plaie elle-même, mais bien au-dessus et au-dessous. Une première incision découvrit le vaisseau sur le tiers inférieur de l'avant-bras, et une première ligature l'étreignit en ce point. Une seconde incision pratiquée dans l'espace limité par la saillie des tendons des long et court extenseurs et du long abducteur du pouce, découvrit l'artère dans sa portion carpienne, qui fut également embrassée par une ligature. L'hémorrhagie cessa immédiatement après, et trois jours se sont écoulés sans qu'elle se soit montrée de nouveau. Mais une complication très-grave qui se manifesta le surlendemain de l'opération, fit craindre pendant quelque temps d'en voir le succès compromis. Dans la nuit du 16 au 17, le blessé éprouva dans les plaies du poignet une chaleur assez forte accompagnée d'une douleur vive et persistante. Le lendemain, à la visite, la surface de ces plaies était grisâtre, mollasse, avait enfin tous les caractères de la pourriture d'hôpital, de celle que M. Jobert décrit sous le nom de pourriture par ramollissement. Il cautérisa la surface des plaies avec un pinceau trempé dans le nitrate acide liquide de mercure.

Cette cautérisation modifia avantageusement les parties molles, et le 19, l'accident formidable dont les conséquences eussent pu devenir si funestes avait disparu. Disons en passant que si le nitrate acide de mercure convient contre cette forme de pourriture d'hôpital, il est loin d'agir aussi avantageusement contre la forme ulcéreuse de cette même maladie. Dans ce dernier cas, M. Jobert emploie avec succès le jus de citron. Cette distinction thérapeutique faite par le chirurgien de Saint-Louis doit avoir eu pratique une grande autorité, puisque la pourriture d'hôpital règne toute l'année à l'hospice Saint-Louis, ce qui lui a permis de l'étudier avec la plus grande attention. En terminant, nous ferons remar-

quer le procédé de ligature mis en usage par M. Jobert. Il se trouve en désaccord avec le précepte suivi et recommandé par plusieurs chirurgiens, savoir, de chercher les bouts du vaisseau divisé dans la plaie elle-même. M. Jobert a préféré faire la ligature au-dessus et au-dessous, à cause surtout des difficultés qui entourent la recherche du vaisseau dans la plaie elle-même, difficultés qui exposent à produire des délabrements souvent fort étendus et très-dangereux au milieu de tissus qu'il importe beaucoup de ménager; ainsi dans la région carpienne, ou à la paume de la main, il y a des tendons nombreux, des gaînes aponévrotiques et des bourses synoviales multipliées, dont l'inflammation est fort à craindre : pour sa part, il en a vu des exemples fort graves, et c'est ce qui l'a déterminé à adopter comme méthode générale la ligature du vaisseau faite dans des points où les rapports anatomiques sont conservés.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCUMULATION DES MATIÈRES FÉCALES *dans un ou plusieurs points de l'intestin, modifications qu'elles peuvent éprouver et phénomènes auxquels cet accident peut donner lieu.* C'est de ce sujet encore peu étudié que M. le docteur Toulmouche, de Rennes, vient de s'occuper dans un mémoire intéressant. Les matières stercorales, lorsqu'elles viennent à être arrêtées dans leur cours, peuvent donner lieu à cinq ordres de phénomènes. Voyons d'abord les modifications que subissent ces matières elles-mêmes. La première modification de ces matières consiste dans un épaississement, une sorte de moulage, qui leur donne la forme globuleuse, irrégulière; une couleur tantôt noirâtre, tantôt rougeâtre, analogue à celle du suc de réglisse dans lequel on vient de mordre, ou verdâtre très-foncée; une homogénéité assez grande, une dureté telle qu'elles ne s'aplatissent pas lorsqu'on les lance contre le sol; parfois une sorte de sécheresse dans certains points. Ces magdaléons sont ordinairement enveloppés d'une couche de mucosités jaunâtres ou blanchâtres, épaisses, gélatiniformes, ressemblant à de l'empois délayé ou à de la colle. La seconde consiste dans une pâte plus ou moins molle, moins homogène, de couleur tantôt brune, rouge-brun, jaunâtre verdâtre, tantôt vert-brun, renfermant parfois des fragments d'aliments encore reconnaissables, tels que cosses de pois, os, arêtes, cartilages, noyaux, ou bien des détritus moins distincts et retenant bien plus fortement que les crottes ou cybules l'odeur stercorale. Les points du gros intestin où M. Toulmouche a rencontré le plus souvent ces amas de matières fécales ont été, dans l'ordre de leur fréquence, l'S iliaque du côlon, les parties supérieures de ses portions ascendante et descendante, le cœcum, ou, si l'on veut, ceux qui ont le plus de laxité dans leurs liens d'attache et qui font le plus de coudes. Alors, par leur poids, elles les déplacent de plus en plus en s'y accumulant, et elles finissent bientôt alors par devenir un obstacle devant lequel les gaz restent emprisonnés et distendent quelquefois démesurément l'intestin.

Quant aux phénomènes, dans quelques cas, les matières fécales endurcies donnent lieu, par leur surface inégale ou leurs propriétés irritantes, analogues à celles des corps étrangers, à une phlegmasie de la muqueuse intestinale en contact avec

eux, caractérisée par de la rougeur, par la sécrétion d'un mucus blanchâtre qui les enveloppe et en adoucit le contact nuisible, et, enfin, par l'excitation de la contractilité de la tunique musculeuse qui la fait se resserrer sur eux et les embrasser en quelque sorte, tandis que les autres parties de l'intestin se laissent peu distendre par les gaz retenus.

D'autres fois, elles interceptent, par leur épaississement et leur accumulation dans un point du gros intestin, le passage des gaz qui s'accumulent alors derrière, surmontent sa contractilité, le distendent démesurement en lui faisant faire des coudes, au-dessus desquels de nouveaux excréments, venant de la partie supérieure du même intestin, s'arrêtent à leur tour et ne laissent plus passer que de nouveaux gaz qui, venant incessamment s'ajouter aux précédents, font quelquefois acquérir à cet endroit distendu du même organe, dix fois son diamètre normal, de manière à simuler le volume et la forme de l'estomac, ou une vaste poche masquant le reste du paquet intestinal et prenant les rapports les plus insolites. Dans ces portions ainsi dilatées outre mesure, les parois sont minces, comme diaphanes, blanches, d'un aspect sec; les valvules et les bosselures dans l'état normal; la muqueuse est du même couleur et tapissée d'une légère couche de mucus blanchâtre.

Dans d'autres cas, les matières stercorales, soit par leur poids, surtout lorsqu'elles conservent une sorte de demi-mollesse et qu'elles sont en grande quantité, soit en vertu de la laxité anormale des liens mésentériques qui maintiennent le gros intestin, entraînent peu à peu une portion de ce dernier dans laquelle elles se sont accumulées vers la partie inférieure du ventre, et par conséquent les anneaux croral ou inguinal, et peuvent devenir de la sorte une prédisposition ou une cause occasionnelle de hernies; ou bien elles lui font faire une sorte d'anse assez aiguë venant plonger dans l'excavation du petit bassin, et y ayant ou non contracté des adhérences; ou enfin, s'il existe une laxité contre nature du mésentère qui le porte, avec une partie des petits intestins, au-devant de l'arc transverse du côlon, elles le tendent par leur poids et lui font faire l'office d'un lien qui, le comprimant d'avant en arrière, efface plus ou moins sa lumière et gêne de la sorte le cours des matières fécales.

Lorsque les matières fécales sont en partie retenues dans un point du gros intestin par suite d'un obstacle mécanique, elles le distendent peu à peu douloureusement, s'y accumulent jusqu'à ce que, par leur poids ou la liquéfaction d'une partie de leur masse, due à la sécrétion abondante de mucosité qui se fait aux points de contact, aidée des efforts de contraction de l'intestin, elles parviennent à se frayer en partie une voie à travers le point rétréci ou l'obstacle. Ces crises prennent le nom de *débâcles*. Elles surviennent après une rétention de cinq à huit jours au plus, durant laquelle le ventre se météorise, devient douloureux, d'une sensibilité extrême, le tenesme continuel, l'agitation et les cris incessants et les efforts pour évacuer vains, malgré les purgatifs et les lavements les plus énergiques.

Lorsque les mêmes matières sont complètement retenues, et qu'aucunes parcelles ne peuvent traverser l'obstacle, comme on le voit dans l'étranglement d'un intestin, dans l'obturation complète de sa lumière par une affection squirrheuse ou autre, il survient les mêmes phénomènes de distension au-dessus, mais de plus un mouvement antipéristaltique des contractions de la tunique musculaire, lequel provoque l'ascension de la partie liquide des matières contenues dans l'iléon, le jéjunum et le duodénum, et leur pénétration dans l'estomac et leur expulsion au dehors à l'aide des vomissements que le même phénomène de contraction anormale, se propageant à cet organe, y suscite également. Il y a alors anxiété, météorisme du ventre, hoquets, pouls serré, douleurs vives dans le lieu comprimé, et bientôt la gangrène se développant dans l'intestin sous l'influence de l'excès de l'inflammation, tue ou bien donne issue aux matières, par la perforation qui s'effectue dans ce point du tube intestinal, tantôt dans la cavité du péritoine, et alors la mort en est presque inévitablement la conséquence; tantôt au dehors, et alors il en résulte un anus contre nature.

Quant à la symptomatologie de la rétention des matières fécales dans un ou plusieurs points du gros intestin, qu'on observe surtout comme complication à la fin des maladies de longue durée qui ont nécessité un

séjour prolongé au lit, M. Toulmouche reconnait que les signes ont presque toujours été négatifs. En effet, les seuls qu'il ait rencontrés ont été, avec ou sans douleurs abdominales, un météorisme prononcé, la perte de l'appétit, tantôt constipation, tantôt des selles libres, et, dans deux cas, des signes de gastrite ou au moins l'irritation de l'estomac. Aucun de ces signes n'est suffisant pour le diagnostic. La percussion ne l'a pas éclairé davantage, car le son tympanique était perçu dans des points trop étendus et parfois même était trop général pour qu'elle pût donner des résultats précis. Lorsque l'accumulation des matières fécales a lieu dans le rectum, on conçoit que la constipation, la sensation d'un poids au-dessus de l'anus, la douleur ou le malaise qu'y ressentent les malades, la tension plus forte des hémorrhoïdes, lorsqu'ils en sont atteints, la difficulté à uriner, les envies d'aller à la garde-robe sans pouvoir y satisfaire, l'impossibilité d'administrer des clystères qui rejaillissent au dehors, mettent aisément sur la voie pour reconnaître la cause de ces accidents, et engagent à porter le doigt dans l'anus, exploration qui devient promptement confirmative.

Quant aux indications à remplir, elles devraient consister à exciter la contractilité intestinale et à activer la sécrétion muqueuse pour évacuer les matières accumulées; aussi tous les auteurs indiquent-ils les lavements purgatifs et huileux, les potions de même nature ou drastiques, l'huile de croton-tiglium, en frictions sur le ventre, à la dose de 10 à 12 gouttes. Mais ces indications peuvent rarement être remplies lorsque déjà les malades sont affaiblis par de longues maladies. Dans ces cas, s'il n'existe aucune contre-indication du côté des poumons, M. Toulmouche pense que l'application de liquides réfrigérants ou de glace sur le ventre, destinée à condenser les gaz de l'intestin et à faire cesser la distension des parois et à raviver la contractilité, devrait précéder l'administration des purgatifs ou autres remèdes internes.

A l'appui de chacune des propositions contenues dans ce mémoire, M. Toulmouche invoque des observations recueillies par lui. Ce qu'on pourrait appeler l'anatomie pathologique de cette affection n'avait jamais été étudié avec autant de détails. Malheureusement, comme on le voit, la partie thérapeutique n'est pas riche et attend de nouvelles recherches. (*Gaz. médicale de Paris*, mai 1844.)

CANCER DE L'UTÉRUS AVEC GROSSESSE (*Sur la coïncidence du*). Le cancer de l'utérus à l'état de vacuité a été étudié avec le plus grand soin, et, chose singulière, la même affection pendant la grossesse, c'est-à-dire dans les circonstances les plus graves où on puisse l'observer, a faiblement occupé l'attention des chirurgiens. Aussi est-il important de recueillir tous les faits qui peuvent contribuer à rendre plus facile l'étude d'un état pathologique qui soulève une des plus graves questions en obstétrique, celle de l'accouchement prématurément provoqué. Le docteur James Miller rapporte qu'une femme de trente-sept ans, mère de sept enfants, d'une constitution détériorée, mais n'ayant jamais éprouvé jusque-là de douleur ni de symptômes du côté de l'utérus, le fit appeler pour des douleurs qu'elle attribuait à un accouchement prochain; elle avait en même temps par le vagin un écoulement extrêmement fétide. En la touchant, M. Miller trouva que le col de l'utérus, élargi et entr'ouvert, était le siége d'une ulcération et d'une induration profondes. L'induration lui parut se prolonger assez haut du côté de l'utérus. Il assura dès lors que cette malade n'était pas sur le point d'accoucher, et attribua au cancer les douleurs et tous les accidents. Quelque temps après, M. Miller fut appelé de nouveau par cette femme, qui était certaine d'être à terme et d'éprouver les douleurs de l'enfantement qu'elle avait déjà ressenties sept fois. Mais le col ne se dilatait pas, et le doigt ne rencontrait autre chose que les parties malades et désorganisées. On attendit encore. Au bout de deux jours, l'accouchement ne se faisant pas, un consultant, M. Simpson, proposa, comme seul moyen de sauver l'enfant, des incisions sur le col de l'utérus, et l'application du forceps. Cette opération fut refusée par la malade et par les parents. La mort eut lieu bientôt après, sans que l'accouchement se fût effectué. A l'autopsie, on trouva que l'altération de l'utérus remontait très-haut sur le corps, et que les ovaires eux-mêmes

étaient malades. Le fœtus présentait une apparence de putréfaction qui fit penser qu'il était mort depuis plusieurs jours. Ainsi, l'opération proposée eût été inutile.

En cas pareil, cependant, puisque la désorganisation de l'utérus empêche et la dilatation du col et la contraction, le chirurgien est autorisé à penser que l'accouchement ne se déterminera pas ; aussi doit-il le provoquer prématurément. (*London and Edinburg Journal*, et *Arch. génér. de méd.*, mai 1844.)

FIÈVRE TYPHOIDE (*Véritable formule de l'épithème employé par M. Ranque dans la*). M. Ranque ayant été informé que la formule de ses épithèmes, consignée dans son mémoire sur les fièvres typhoïdes, n'était pas entièrement conforme à celle que l'on suit à la pharmacie de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, et à laquelle il doit les résultats heureux qu'il en obtient depuis 1826, nous invite à faire connaître cette dernière, afin qu'on s'y conforme.

Prenez : Emplâtre de ciguë du Codex 500 grammes; diachylon gommé 250 grammes; thériaque commune 125 grammes; camphre 90 grammes; soufre 125 grammes.

Faites fondre les emplâtres à feu couvert, retirez du feu quand la fusion aura eu lieu, ajoutez les autres substances, triturez avec un pilon en bois le tout jusqu'à mélange convenable.

Conservez dans des vases de verre ou de terre vernissée bien couverts.

La quantité de cette masse emplastique pour l'épithème du ventre d'un adulte est d'environ 180 grammes, et de 125 pour celui du lombis. (*Communiqué par M. Ranque.*)

HEMATOCÈLE SCROTAL *siégeant en dehors de la tunique vaginale (Observation d'un).* Les difficultés dont s'entoure souvent le diagnostic des tumeurs du scrotum donneront de l'intérêt au fait suivant qui, dans les cas analogues, pourra avantageusement éclairer le praticien. On sait, et M. Velpeau l'a fort bien démontré dans ses leçons orales, que si, sous l'influence de causes vulnérantes extérieures, un épanchement sanguin peut se faire dans la tunique vaginale, le sang, quelquefois aussi, s'épanche dans le tissu cellulaire, et constitue un hématocèle en dehors de cette tunique vaginale. Ce fait d'anatomie pathologique étant bien reconnu, il importe au chirurgien de ne pas se méprendre en pratique, l'erreur ici pouvant devenir très-préjudiciable au malade. — *Obs.* Léger, âgé de 15 ans, faisait depuis plusieurs jours de longues courses à cheval, quand il s'aperçut d'un gonflement dans les bourses sans changement notable de couleur à la peau. La tumeur alla en grossissant et se présentait dans l'état suivant le 20 février dernier à l'entrée du malade à l'hôpital : elle occupe le côté gauche du scrotum, mais dépasse un peu le raphé pour se porter à droite; spriforme, son volume est celui d'un gros œuf de dinde. La peau, sans être ecchymosée, offre une teinte légèrement brunâtre. Cette tumeur est molle, très-fluctuante; quand on l'agite, elle donne à la main une sensation de tremblottement tout particulier, qui parfois même s'aperçoit à l'œil. La pression est généralement douloureuse. Le testicule droit est à sa place naturelle et n'offre rien de particulier; quant au testicule gauche, bien que la tumeur soit placée de ce côté, il en est parfaitement distinct : on le sent à la partie supérieure et externe du scrotum, on le fait aisément glisser et on peut très-bien le circonscrire entre les doigts, ce qui n'aurait pas lieu si le liquide placé dans la tunique vaginale environnait partout cet organe : la tumeur n'offre d'ailleurs aucune transparence. M. Blaudin, pour assurer le diagnostic, fit, le 23 février, une ponction exploratrice avec le trocart à la partie la plus déclive des bourses; il s'échappa, par la canule, au moins un demi-verre de sang très-liquide et d'une couleur rouge foncé. Néanmoins la tumeur ne se vida pas complétement. Après avoir évacué autant de liquide que l'on put, il resta encore une masse plus consistante, évidemment formée par des caillots sanguins. Le 25, M. Blandin fait à la partie antérieure du scrotum une incision d'environ 5 centimètres, par laquelle il fait sortir les caillots sanguins, tous assez mous, peu consistants et colorés en rouge. Cette opération permit de s'assurer que la collection n'était pas dans la tunique vaginale; car il fut aisé de reconnaître que le testicule n'était point dans la poche actuellement ouverte. On met un peu de charpie dans l'ouverture et on maintient les bourses

relevées. Aucun accident n'est survenu; le quinzième jour, l'enfant sortit guéri de l'hôpital. — Relativement à l'origine de l'état pathologique que nous venons de décrire, nous ferons remarquer combien il est peu probable qu'il ait été le résultat d'un épanchement sanguin spontané, ainsi que cela s'observe quelquefois à l'intérieur de la tunique vaginale. Il est bien plus rationnel d'admettre, contrairement au dire du malade, que les bourses, et le tissu cellulaire notamment, auront été froissés par les secousses que donne l'exercice du cheval, et que cette contusion aura déterminé cet hématocèle scrotal qu'il est assez rare d'ailleurs d'observer en pratique et dont on ne saurait guère autrement expliquer la formation. (*Arch. gén. de méd.*, mai 1844.)

HÉMIPLÉGIE *survenue chez un enfant à la suite d'une brûlure sur le côté gauche de la tête; guérison.* Le 21 décembre dernier, M. le docteur Fouilhoux, de Lyon, fut appelé à donner des soins à un enfant de trois ans, en proie depuis 9 jours aux accidents d'une brûlure par du bouillon. Le liquide avait été reçu sur le côté gauche de la tête et s'était répandu sous les vêtements. Il trouva une inflammation et un abcès au côté gauche de la tête et du cou, une ulcération à l'épaule par suite de la rupture des vésicules; des vésicules pleines sur le bras et l'avant-bras du même côté, un gonflement de ces deux parties, un érythème et un gonflement au voisinage de l'épaule devant et derrière la poitrine. Les souffrances étaient très-vives. Les parties affectées furent pansées avec le liniment oléo-calcaire. Quatre jours après, l'abcès du côté gauche de la tête s'était ouvert; l'intensité de l'inflammation le détermina à faire une application de cinq sangsues réparties entre le bras gauche et le côté correspondant de la poitrine. Cinq jours plus tard l'ulcération de l'épaule exigeait seule un pansement.

Alors survinrent, surtout à droite, des mouvements convulsifs avec cris violents, agitation tumultueuse du cœur, trismus. La suppuration était tarie derrière l'oreille. (Compresses d'eau sinapisée sur les membres inférieurs; une sangsue derrière l'oreille gauche; friction avec le baume tranquille et l'huile de morphine sur le cou et les massèters; potion avec le laudanum et la teinture de castoréum par cuillerée à café jusqu'au calme.) Le lendemain, diminution des symptômes, mais du côté droit l'état convulsif persiste et se combine avec une hémiplégie; le trismus existe encore, mais il est moins persistant; moins de tumulte vers le cœur. (Vésicatoire au bras droit et en dedans de la jambe gauche.) Le troisième jour, l'enfant boit et se prête à l'introduction du liquide. Phénomènes hémiplégiques et spasmodiques du côté droit, mais moins marqués; coloration de la joue droite. (Le soir cautère à la nuque.) Le quatrième jour, affection pédiculaire à la tête; le septième, état convulsif presque général, revenant par accès. (Potion avec laudanum, eau distillée de laurier-cerise, élixir de Meynsicht āā gtt vj. Lavement avec la valériane.) Le huitième jour légère amélioration. Le neuvième, retour à la simple hémiplégie avec raideur à droite. (Même traitement.) Le onzième jour, l'enfant, qui jusque-là s'était servi de la main gauche, cherche à se gratter avec la main droite; le mouvement revient du côté droit; du reste déglutition facile. (Même traitement.) Les douzième, treizième et quatorzième jours, la force augmente; il reste encore une hésitation dans les mouvements, une difficulté de les coordonner. Quelques jours après, l'enfant marche, se sert des deux bras, commence à parler, et jusque-là depuis le premier accès convulsif il n'avait proféré aucune parole. On l'envoie à la campagne. La guérison est de plus en plus confirmée et s'est maintenue. (*Journal de médecine de Lyon*, juin 1844.)

LUMBAGO INTERMITTENT *guéri par le sulfate de quinine.* L'intermittence morbide peut prendre des formes aussi variées que sont variés les phénomènes morbides eux-mêmes. Si tous les faits de la pratique étaient bien connus, on verrait qu'il n'est peut-être pas une affection du cadre nosologique qui ne puisse se présenter sous le type intermittent. Cependant les affections dites rhumatismales présentent ce privilége à un plus haut degré. En voici un exemple curieux rapporté par M. le docteur Henrotoy.

Un capitaine de chasseurs à pied, âgé de 42 ans, fort et vigoureux, ayant éprouvé antérieurement une fièvre d'accès longue et rebelle, éprouva tout à coup une douleur ex-

trêmement vive dans la région lombaire, qui le força à se faire transporter chez lui. Tous les symptômes indiquaient un lumbago aigu. On applique 18 sangsues *loco dolenti*, des cataplasmes émollients; on prescrit un léger purgatif. Le lendemain, les douleurs étant encore très-vives, nouvelle application de sangsues. Le jour suivant, tout a disparu, et le malade se croit guéri. Mais deux jours après, réapparition de la douleur et avec la même intensité. Encore des sangsues et des cataplasmes. Pendant trois jours, cessation complète de la douleur; mais le cinquième jour nouvel accès qui se répète cinq jours après. M. Henrotoy soupçonne alors une affection intermittente et prescrit le sulfate de quinine. L'accès attendu ne parut pas, et le malade ne ressentit plus aucun accident. Dans cette observation, il faut aussi remarquer le type *quintane* qui est fort rare. (*Annales de la Société méd. d'Anvers*, mai 1844.)

LUXATION DE LA ROTULE *sur son axe*; *réflexions pratiques*. Dans les traités classiques de chirurgie on fait bien mention des quatre formes de luxation que la rotule peut présenter, soit en dehors ou en dedans, soit en bas ou en haut; mais il n'y est nullement question d'un mode particulier de déplacement, par suite duquel la rotule semble avoir été renversée en roulant sur une ligne verticale qui mesurerait la longueur de son axe. On lira donc avec intérêt l'observation suivante.

Obs. James, âgé de 21 ans, était occupé à latter, lorsqu'il fut renversé avec impossibilité immédiate de se relever. Une heure après l'accident, dit M. Gazzam, je trouvai la rotule droite luxée sur son axe, c'est-à-dire présentant la face postérieure en dehors, l'antérieure en dedans, le bord interne reposant dans le sillon intercondylien du fémur. Je m'efforçai de replacer l'os, en pressant sur ses bords en sens inverse, la cuisse étant pliée sur le bassin et la jambe dans l'extension : mais je ne pus réussir malgré des efforts réitérés. Vers minuit, des tentatives de réduction ayant été de nouveau faites inutilement, le docteur Adisson et moi, nous jugeâmes qu'il y aurait avantage à couper le ligament rotulien, pour diminuer la tension de la jointure. Un bistouri à lame étroite le divisa près de son insertion au tibia. La réduction tentée derechef après cette section, ne put encore être obtenue. La rotule se laissait mouvoir sur ses bords plus facilement qu'avant, mais elle demeurait fixée dans sa position vicieuse. On saigna le patient debout jusqu'à imminence de syncope : on renouvela alors les efforts, mais quoique mobile sur ses bords, l'os ne put être délogé du creux où il reposait. Le lendemain on procéda de la manière suivante : la cuisse fut fortement fléchie sur le bassin, et le talon maintenu élevé. Alors on plia résolument et avec force la jambe sur la cuisse; puis tout à coup on la reporta dans l'extension. Pendant ce dernier mouvement, je pressai très-fortement de dehors en dedans contre la partie inférieure de la rotule, avec la tête d'une clef bien matelassée, tandis que M. Adisson, avec ses deux pouces, cherchait à refouler la partie supérieure de l'os vers le condyle externe. A la quatrième reprise, cette manœuvre réussit : l'os fut chassé dans sa place avec bruit. Une attelle rembourrée fut mise derrière le genou et assujettie par un bandage. On tint le blessé en repos, et on appliqua sur le genou des lotions éthérées. La cure ne fut traversée par aucun accident, et ce jeune homme recouvra l'exercice parfait de son membre. L'insuccès qui a suivi la section du ligament rotulien, pratiquée en vue de rendre la réduction plus facile, avertit le chirurgien de ne pas recourir à cette opération pour un cas analogue. Déjà dans une circonstance pareille, M. Wolf avait inutilement pratiqué la section du tendon du muscle triceps et du ligament rotulien (V. *Journ. hebd.* 1829, p. 89); tandis que par opposition, M. Coze avait réduit une semblable luxation par un procédé analogue à celui qui a été ici couronné de succès, c'est-à-dire la flexion brusque de la jambe. (V. *Mém. de la Soc. d'émul.*, t. IX, p. 517.) Mais ce n'est pas en raison seulement de son insuffisance comme moyen propre à faciliter la réduction que la ténotomie doit être ici rejetée; c'est aussi parce qu'elle expose le chirurgien à ne plus pouvoir réussir par la méthode qui consiste à fléchir brusquement la jambe sur la cuisse. Cette méthode, en effet, agit en dégageant l'angle de la rotule du creux sus-condylien du fémur, où la cause luxante l'a comme enclavée : or, si la rotule se trouve séparée des muscles extenseurs d'une part, et du tibia de l'autre, par la

double section du tendon, du triceps et du ligament rotulien, comment pourra-t-elle suivre le mouvement de la jambe, c'est-à-dire être attirée en bas, le lien de connexion entre l'une et l'autre n'existant plus? On pourrait objecter le fait lui-même qui précède, pour combattre cette manière de voir; mais nous répondrons que dans l'espèce il existe encore des trousseaux fibreux et ligamenteux, expansion du tendon fémoral, qui de la rotule vont au tibia, et que leur force a été suffisante pour imprimer à la rotule la traction qui devait la ramener dans sa situation normale. S'il fallait, dans l'état pathologique dont il s'agit, recourir au ténotome, ce devrait être, suivant nous, bien moins pour diviser le ligament rotulien que pour couper le tendon de triceps qui, en vertu de sa contraction énergique, a dû jouer un rôle important dans cette luxation, et nous semble par la même raison mettre obstacle à la réduction. Nous ne nous dissimulons pas cependant que les plans fibreux qui entourent la rotule peuvent également s'y opposer, quand surtout ils ont été incomplétement déchirés. (*The american Journal*, et *Gaz. méd. de Paris*, mai 1844.)

MENSTRUES (*Retour des*) *à un âge très-avancé*, *amenant la guérison d'affections opiniâtres*. M. le docteur de Muyuck a communiqué les faits suivants à la Société de médecine de Gand. Une religieuse, âgée de 62 ans, d'une constitution sanguine, fut prise, lors de la cessation du flux menstruel, qui eut lieu à l'âge de 52 ans, d'une gastralgie opiniâtre. Après avoir été traitée pendant neuf ans par une dizaine de médecins, sans éprouver de soulagement, elle consulta l'auteur, qui constata les symptômes suivants : douleurs et palpitations épigastriques, se manifestant particulièrement deux ou trois heures après l'ingestion d'aliments; digestions lentes et pénibles, éructations fétides, constipation, appétit nul, langue pure, urines aqueuses, pouls naturel, caractère irritable, sommeil bon. M. de Muynck prescrivit un régime légèrement tonique, et l'application de loin en loin de quelques sangsues à l'anus. Au bout de quelque temps, souffrances moins vives, constipation moins opiniâtre; mais l'appétit ne s'améliora pas, les digestions restèrent pénibles. Néanmoins la malade trouvant plus d'amélioration de ce traitement qu'elle n'en avait éprouvé de tout autre, le suivit persévéramment, jusqu'au moment où une évacuation sanguine par l'utérus se manifesta pendant quatre jours, sans douleur ni désordre fonctionnel quelconque; dès cette époque, tous les symptômes gastralgiques s'amendèrent considérablement, et tout traitement fut cessé. Vingt-huit jours après ce premier écoulement sanguin, un autre eut lieu : en un mot, cette femme fut reprise de ses règles, qui continuèrent à s'établir d'une manière régulière, et la gastralgie disparut, sans laisser de traces, sous la seule influence de cette fonction renouvelee. Depuis quatorze mois, cette religieuse n'a cessé d'être ausi bien réglée qu'à vingt ans; elle compte aujourd'hui 73 ans. Depuis le retour de ses menstrues, elle n'a cessé de jouir d'une santé parfaite.

Comme M. de Muynck manifestait à cette femme l'étonnement que lui avait causé la marche, et surtout la terminaison de sa cruelle affection, elle lui dit qu'elle connaissait une personne, religieuse aussi, âgée de quatre-vingt-treize ans, qui présentait le même phénomène; cette religieuse, visitée par M. de Muynk, lui raconta les circonstances suivantes: le premier établissement des règles eut lieu chez elle à l'âge de quinze ans, leur cessation, à cinquante-deux ans. A dater de cette époque, cette femme fut atteinte pendant deux ans, et par intervalles, de coliques violentes, auxquelles succéda un tic douloureux qui laissa toujours un calme parfait entre ses paroxysmes. L'art épuisa en vain toutes ses ressources pour calmer cette douleur névralgique, qui persista jusqu'à soixante ans, époque où cette religieuse fut reprise, sans douleurs, d'un nouveau flux menstruel, qui fit disparaître pour toujours une affection rebelle jusqu'alors à toutes les ressources de la médecine. Jusqu'à ce moment, cette femme vénérable n'a cessé d'être réglée mensuellement et d'une manière régulière; elle jouit d'une bonne santé et de l'intégrité de toutes ses facultés morales et intellectuelles; en outre, on remarque en elle des goûts et des idées qui sont l'apanage de la jeunesse; la bienveillance, la soumission, l'indulgence, sont des sentiments qui appartiennent encore à cette femme

pieuse, qui compte aujourd'hui quatre-vingt-treize ans.

Ces observations sont intéressantes, en ce sens que quelques auteurs ont considéré comme un pronostic funeste le retour des règles à un âge avancé, et qu'ils en ont fait l'apanage des femmes adonnées aux plaisirs de l'amour. Ici ce retour n'a pas été non-seulement funeste, mais a été utile, et il s'est montré sur deux religieuses. (*Annal. de la Société de méd. de Gand*, mai 1844.)

MICROSCOPIE (*De la*) *dans ses rapports avec la médecine pratique*. Sous ce titre, M. Monneret vient de publier un article dont nos lecteurs verront avec intérêt une analyse. — En pathologie, la microscopie constitue un mode particulier d'exploration qui nécessite l'emploi du microscope, et à l'aide duquel on se propose de découvrir les altérations que les maladies déterminent soit dans les solides, soit dans les liquides de l'organisme. Si on a prodigué à la microscopie des louanges exagérées qu'il faut savoir réduire à leur juste valeur, on ne lui a pas épargné non plus des critiques injustes. M. Monneret a pour but de lui assigner sa véritable place en pathologie, et surtout de la défendre contre ceux qui lui reprochent encore aujourd'hui de ne pouvoir rendre aucun service au lit du malade.

L'étude microscopique des tissus normaux a conduit à de véritables et importantes découvertes qui ont fondé une science toute nouvelle, l'histologie. Mais cette étude, appliquée aux tissus altérés dans les affections internes, n'a produit encore qu'un petit nombre de découvertes importantes. C'est surtout à la pathologie humorale que la microscopie a rendu les plus grands services. Nous allons les passer rapidement en revue.

Urine. Un malade rend une urine dont le dépôt blanchâtre et épais a été pris pour du pus; vous en placez une gouttelette sur le champ du microscope, et vous découvrez une poudre amorphe, bien distincte du pus; si vous conservez quelques doutes, vous ajoutez une goutte d'acide affaibli, et aussitôt il se forme sous vos yeux des lames rhomboïdales d'acide urique. Vous connaissez dès lors la nature du sédiment, et vous avez la certitude qu'il n'est formé ni par du pus, ni par du sang, ni par du mucus. — L'alcalinité de certaines urines tient à la présence du phosphate ammoniaco-magnésien; le sédiment que forme ce sel bibasique ressemble, plus encore que celui constitué par l'urate d'ammoniaque, à un dépôt de matière purulente; la microscopie lèvera à l'instant même tous les doutes en faisant apercevoir des cristaux de forme prismatique ou dérivés du prisme rectangulaire droit. On comprend qu'il importe beaucoup, pour le diagnostic, de savoir si l'alcalinité de l'urine dépend de la composition intime de ce liquide ou de son mélange avec du pus ou du mucus. Une urine alcaline qui contient, en sortant de la vessie, les cristaux que nous venons d'indiquer, appartient à la gravelle alcaline. — L'examen microscopique fait reconnaître à l'instant même la gravelle rouge ou d'acide urique. L'urine, en effet, contient des cristaux qui offrent de belles lames rhomboïdales jaune brun ou transparentes, quelquefois des prismes disposés en rosace. Cette connaissance est indispensable pour pouvoir instituer le traitement et prescrire l'eau de Vichy et les boissons alcalines. — C'est encore avec le microscope que l'on peut reconnaître la présence du pus et du mucus dans l'urine. Lorsque ce liquide ne contient qu'une très-petite quantité de sang, on peut encore en constater ainsi l'existence et distinguer les globules de sang d'avec ceux du mucus et du pus, pourvu toutefois que l'urine soit acide. — Si l'on avait quelque doute sur la véritable nature d'une maladie qui offrirait tous les symptômes des pertes séminales, la microscopie le dissiperait promptement. En effet, l'urine ne contient jamais de sperme, excepté dans les pertes séminales involontaires, ou après le coït ou la masturbation. On peut dès lors asseoir le diagnostic et le traitement de la maladie lorsqu'on s'est assuré que l'urine contient des zoospermes. Enfin, dans quelques recherches de médecine légale relatives à la présence du sperme, le microscope peut lever bien des doutes.

Sang. C'est surtout à l'étude des altérations du sang que l'on a appliqué l'examen microscopique; mais ici les résultats ne sont pas, à beaucoup près, aussi riches que pour l'examen de l'urine. Tout ce qui a été dit sur la déformation et les altérations diverses des globules paraît être entaché d'erreur. Ces préten-

dues altérations se montrent sur du sang extrait récemment du corps d'un sujet en parfaite santé, et c'est faute d'une connaissance exacte de ces changements, qui sont en quelque sorte les altérations cadavériques du globule, que certains auteurs ont cru avoir découvert des maladies là où il n'en existe pas. On ne connaît pas encore aujourd'hui une seule lésion des globules que l'on soit en droit de rapporter à une maladie déterminée du cadre nosologique.— On peut rechercher, avec le microscope, les globules sanguins dans le mucus, dans l'urine, dans les matières rendues par hématémèse, et dans les autres liquides de l'économie; la forme si reconnaissable du globule le fait aisément reconnaître. Quant à la présence des matières tuberculeuses et cancéreuses, les recherches n'ont encore conduit à aucune donnée certaine.

Après cette sorte d'inventaire des résultats produits en pathologie pratique par la microscopie, M. Monneret indique quelles seraient les conditions, suivant lui, dans lesquelles ce mode d'exploration devrait se placer pour arriver à des résultats plus grands encore. Etudier d'abord avec plus de suite les altérations de texture, et pour cela bien connaître avant tout leur composition normale; ne pas séparer, comme on l'a fait à tort, l'étude des altérations de l'histoire détaillée et graphique de la maladie à laquelle appartenaient ces altérations; nécessité absolue pour le micrographe d'être en même temps pathologiste; rassembler le plus de faits possible, sans chercher encore à les coordonner ni à en tirer des déductions générales; s'en tenir à la description des faits et bannir toute hypothèse: tels sont les sages conseils que M. Monneret donne aux micrographes, et qu'il appuie d'exemples pris dans de récentes déceptions.

Nous ajouterons, nous, que si l'on veut borner le rôle de la microscopie à celui que seulement elle peut jouer, c'est-à-dire à celui d'un mode d'exploration analogue à l'auscultation et à la percussion, nous applaudirons de grand cœur aux efforts qui seront tentés dans cette voie; mais croire, comme n'ont pas craint de le dire quelques enthousiastes, que le microscope puisse donner le secret de la vie et de la maladie, nous disons hardiment que c'est folie, et que, si loin que ses investigations puissent conduire, elles ne feront, en dernière analyse, que reculer le diagnostic matériel, le diagnostic anatomique, si l'on veut, le système des localisateurs modernes, et pour nous ce système est frappé d'impuissance. A ce système le scalpel ne suffit plus; il a vu la stérilité de ses résultats, et il a demandé alors d'abord au verre à réactif, ensuite au microscope, ce que le scalpel lui refusait. Après avoir consulté l'organe, il consulte le tissu, l'humeur, le globule. C'est toujours la même idée, le même principe qui s'obstine, après de si longs et si nombreux mécomptes, à donner à la maladie un siége fixe et déterminé, sans tenir compte des altérations des grandes puissances dynamiques, sans la connaissance desquelles la thérapeutique ne peut être qu'un mot vide de sens. (*Journal de Médecine*, juin 1844.)

OPHTHALMIES ET DARTRES (*Note sur une pommade employée pour la guérison des*). On conserve, dit M. Cadet-Gassicourt, dans la famille de Mme la maréchale duchesse de M...., une recette de pommade employée contre les maux d'yeux et les dartres. Chaque année, dit-on, Mme la maréchale, mue par un pur sentiment de charité, prépare, de ses propres mains, le médicament dont il s'agit; le portier de l'hôtel est chargé de le distribuer gratuitement aux pauvres malades; quant aux personnes qui voudraient en acquitter le prix, il leur est simplement recommandé de faire l'aumône.

Cette pommade, dont on vante beaucoup l'efficacité, est composée de peroxyde de mercure, d'un peu de camphre et de beurre. Elle a, comme on voit, l'analogie la plus grande avec d'autres pommades fort connues, celles de ***Saint-Yves***, de ***Grandjean***, etc., et diffère peu, quant aux proportions des ingrédients, de la *pommade du régent*, selon le *Codex*.

Pommades.

	Du Codex.	De Mme la Maréchale.
Beurre lavé à l'eau de roses.............	72 gram.	64 gram.
Oxyde rouge de mercure...............	4	4
Camphre.............	0.3	0.3
Acétate de plomb cristallisé.............	4	0,0

Ce tableau comparatif fait voir que la plus grande différence résulte de

ce que la dernière de ces pommades ne contient pas d'acétate de plomb.

Le mode d'administration recommandé consiste à prendre de la pommade, le volume d'un grain de blé, pour frictionner le bord des paupières. On pratique cette onction le soir.

Il appartient aux praticiens de prononcer sur le mérite et l'opportunité de ce remède. M. Cadet Gassicourt mentionne un cas de succès dont nous venons d'être témoin; le voici.

Une petite fille, âgée de trois ans, était atteinte d'une ophthalmie sympathique, accompagnée de photophobie très-prononcée. Après avoir vainement, pendant plusieurs mois, attendu quelque soulagement des soins les plus assidus, et notamment après avoir usé sans avantage d'un traitement par le nitrate d'argent, sa famille voulut essayer de la pommade de Mme la duchesse.

On fit, pour la première application, ce qu'on avait coutume de faire avec la solution du nitrate; on tenta d'introduire le remède entre les paupières, et l'on n'obtint aucun effet.

Le lendemain, l'épreuve fut renouvelée; mais, cette fois, on s'y prit différemment; on frictionna légèrement avec la pommade l'angle interne des paupières. Au bout de douze ou quinze minutes, la petite malade sentit une cuisson douloureuse qui se prolongea durant une demi-heure et provoqua, durant une heure environ, une excrétion de larmes très-abondante. La nuit de l'enfant fut agitée; le matin, elle était lasse; mais, dès le premier tiers de la journée, elle commençait à se trouver beaucoup mieux que de coutume.

On crut néanmoins devoir laisser écouler un intervalle de quarante-huit heures avant de pratiquer une onction nouvelle; celle-ci, faite de la même manière que la précédente, eut les mêmes effets, suivis d'un soulagement plus notable encore; déjà l'enfant supportait la lumière du jour; elle jouait gaiement en plein air.

En un mot, dès la cinquième friction, l'état des yeux fut amélioré tellement, qu'on put compter sur une guérison prochaine.

Quoique, selon toute apparence, le motif qui détermina les parents de la malade à frictionner de préférence au siége de la caroncule lacrymale, ne fût autre que l'intention de profiter d'un écartement plus facile des paupières, il ne s'ensuit pas moins que le choix fortuit de cette partie de l'œil, l'issue de l'expérimentation et les phénomènes observés par suite de cette expérimentation, sont des circonstances propres à intéresser les praticiens, plus même que l'efficacité de la pommade dont il s'agit, et qui les porteraient à examiner avec fruit plusieurs points de doctrine touchant les obstructions asthéniques considérées comme phlegmasies : la surexcitation produite par le deutoxyde de mercure, modificateur antiphlogistique; enfin l'action des glandes lacrymales sollicitée avec plus de succès que celle des glandes de Moibomius. (*Journ. de pharm.*, juin 1844.)

OPHTHALMIE SCROFULEUSE *ou lymphatique* (*De la cautérisation de la pituitaire dans l'*). M. le docteur Morand, de Tours, vient d'appeler l'attention des médecins sur un fait de diagnostic et de thérapeutique qui serait fort important, si l'observation postérieure confirme l'opinion qu'il vient d'émettre. Déjà Weller, Demours et quelques autres ophthalmologistes avaient indiqué, comme complication de l'ophthalmie scrofuleuse, un engorgement catarrhal de la pituitaire; mais personne n'avait signalé comme foyer, comme point de départ de cette fâcheuse maladie et de ses récidives, la membrane muqueuse des fosses nasales, et les voies lacrymales comme moyen de transmission à la conjonctive. Il résulte des observations de M. Morand que, dans l'ophthalmie scrofuleuse, la membrane olfactive participe de l'inflammation aussi bien que la conjonctive; que c'est surtout sur les cornets et dans les anfractuosités des fosses nasales que réside la phlogose, qui se révèle sous forme d'engorgement œdémateux, la même absolument que celle que l'on observe aux paupières dans l'ophthalmie en question. Il suffit d'y faire attention, dit M. Morand, pour reconnaître que la rougeur et la tuméfaction de la pituitaire précèdent ou accompagnent presque toujours celles de l'œil dans cette maladie. Cela peut encore être plus positivement démontré au moyen d'un *speculum nasi*. En examinant l'intérieur des fosses nasales, on ne manque pas alors de constater que la rougeur et le gonflement des narines et même de la partie la plus proche de la lèvre n'est que l'indice de la phlogose de cette membrane.

C'est dans son service à l'infirmerie de la colonie de Mettray que M. Morand a été frappé pour la première fois de la coïncidence qui existe entre l'engorgement de la pituitaire et l'ophthalmie lymphatique. Sur une dizaine de jeunes détenus, la maladie sévissait avec une grande intensité. Les uns avaient une rougeur diffuse de la conjonctive, les paupières étaient tuméfiées, ils y ressentaient une douleur cuisante; il y avait en même temps photophobie, blépharospasme, larmoiement, sécrétion abondante des glandes de Meibomius, etc., et, par suite, agglutination des paupières. D'autres avaient des ulcérations plus ou moins étendues à la cornée et aux bords des paupières; enfin, chez tous, il y avait une irritation, une phlogose et une tuméfaction plus ou moins prononcées de la muqueuse nasale, et souvent de la partie la plus élevée de la lèvre supérieure.

Le traitement n'améliora pas beaucoup l'état des choses; les récidives étaient fréquentes, et après trois mois, le mal n'avait rien perdu de son intensité. Alors l'attention de M. Morand se porta vivement sur l'affection des fosses nasales; il s'aperçut que, chaque fois qu'il y avait recrudescence, elle était précédée d'une vive irritation de la muqueuse nasale correspondante à l'œil affecté. Avec la rougeur et l'intumescence de cette membrane, il y avait écoulement d'un liquide visqueux irritant, plus ou moins abondant, suivant la violence du mal. Cet état durait trois, quatre, cinq jours, et plus; ensuite, la transmission s'effectuait à l'œil par les voies lacrymales, et l'ophthalmie paraissait. D'autres fois, l'apparition était simultanée. Dans tous les cas, la coïncidence ne tardait pas à se montrer dans toute son évidence.

Une pareille observation plusieurs fois renouvelée, M. Morand envisagea la maladie sous un tout autre point de vue; il considéra l'inflammation de la pituitaire comme la cause déterminante de celle de la conjonctive. Dès lors il pensa que, s'il y avait un moyen de prévenir ou d'arrêter cette dernière, c'était en portant le traitement topique particulièrement dans les fosses nasales. Il lui restait à choisir, parmi les agents thérapeutiques: le nitrate d'argent, ce modificateur puissant de certaines inflammations spéciales, eut la préférence. Un premier malade fut soumis à son action médicatrice; un crayon de nitrate d'argent fut porté dans les fosses nasales; les cautérisations furent continuées pendant une semaine, une fois chaque jour. Non-seulement elles arrêtèrent les progrès du mal, mais encore elles firent disparaître l'inflammation de la conjonctive, et cela sans qu'aucune autre médication fût dirigée pendant ce temps sur cette membrane, une foule de remèdes ayant été inutilement essayés sur elle. Un pareil succès était encourageant; il détermina M. Morand a appliquer cette médication à plusieurs autres jeunes détenus. Ils obtinrent d'abord un grand mieux, puis la guérison. Chez deux entre autres, le gonflement de la muqueuse nasale était considérable; le nez avait acquis au moins le double de son volume ordinaire; les paupières étaient très-tuméfiées; il y avait impossibilité de les ouvrir et de voir. Un liquide visqueux et irritant coulait sur les joues et y avait produit une rougeur érythématique. Cependant des cautérisations pratiquées une fois par jour pendant la première semaine, et une fois tous les deux jours pendant la seconde semaine, amenèrent également la guérison. Cependant il y a eu des récidives chez plusieurs de ces sujets; mais sitôt qu'elles ont paru, elles ont été dissipées par l'action du caustique. Toutefois, chez ceux qui avaient des ulcérations à la cornée ou aux abords des paupières, il y a eu obligation d'employer aussi le traitement propre à ces ulcérations; et les effets en ont été alors bien plus prompts.

Voici les procédés indiqués par M. Morand pour cautériser la pituitaire: Un crayon de nitrate d'argent est enchâssé dans un tuyau de plume ou tout autre cylindre, et est fixé par un peu de cire à cacheter; l'extrémité doit sortir du tuyau de trois à quatre lignes environ. On l'introduit dans la fosse nasale jusqu'à l'engorgement de la pituitaire, et même au delà s'il est possible. On doit l'appuyer sur les surfaces gonflées, en le portant d'un endroit sur l'autre, pendant trois ou quatre secondes seulement. Il faut éviter de toucher la muqueuse qui recouvre les cartilages des ailes du nez. On répétera la cautérisation une ou deux fois par jour, pendant la première semaine, et tous les deux ou trois jours pendant la suivante; puis on

cessera les cautérisations au bout de quinze jours; mais toutes les fois qu'il y aura des récidives, on les renouvellera et on les continuera jusqu'à ce que l'ophthalmie soit éteinte. Quand il existe des ulcérations à la cornée ou aux glandes de Meibomius, il faut se hâter de les traiter localement par la pommade au nitrate d'argent.

M. Morand a trouvé que la meilleure manière d'employer cette pommade était de la déposer sur la muqueuse de la paupière inférieure au moyen d'un petit pinceau ou d'un cylindre de papier ramolli au bout et bien chargé de cette pommade un peu liquéfiée, c'est-à-dire moins épaisse qu'elle n'est ordinairement. Voici la formule :

Nitrate d'argent cristallisé. . . 5 centig.
(dose qui peut être portée jusqu'à 20 centig. et plus.)
Huile d'amandes douces. . . . . 2 gram.
Axonge . . . . 2 gram.

L'auteur a aussi employé cette pommade contre l'engorgement de la pituitaire, mais à dose double ou triple, et le succès a répondu à son attente, en ayant soin de n'en faire usage qu'après les cautérisations. Il fait pénétrer dans un tuyau de plume ouvert à ses deux extrémités de la pommade, de consistance ordinaire, jusqu'à la moitié de sa longueur; il introduit ce tuyau dans la fosse nasale aussi profondément que possible, puis il glisse dans son extrémité externe un cylindre de bois; il pousse jusqu'au bout du tuyau la pommade, qui va alors se déposer sur les parties malades. J'ai soin de faire faire tout de suite des aspirations pour l'étendre et la faire pénétrer plus avant.

Du reste, M. Morand regarde comme absolument nécessaire de faire marcher de front le traitement interne avec le traitement externe; mais seul, il croit qu'il serait inefficace. (*Mémoire sur l'ophthalmie*, etc., par M. Morand, 1844.)

ORCHITE (*Sur un nouveau mode de traitement de l'*). Dans un mémoire que vient de publier, sur la maladie du testicule, M. Dumoulin, interne à l'hôpital du Midi, nous avons trouvé pour l'orchite l'indication d'un mode particulier de traitement qui nous a paru tellement en dehors des allures ordinaires de la thérapeutique, que nous l'eussions passé sous silence s'il n'offrait pour garantie l'autorité d'un des chirurgiens de cet hôpital. M. Vidal, dit l'auteur, a plus d'une fois observé que la substance du testicule même était enflammée dans l'orchite blennorrhagique, et que c'est chez les individus jeunes, âgés au plus de vingt-deux ans, que le parenchyme testiculaire s'enflamme ainsi avec ou sans engorgement de l'épididyme. Viennent ensuite deux observations qui mettent en évidence cette forme d'inflammation, et qui, suivant l'auteur, établissent l'efficacité de la méthode curative employée par M. Vidal. Il s'agit de l'incision de la tunique albuginée du testicule, du débridement de cette glande qui est sous le coup d'une inflammation avec étranglement. — *Obs.* I. F..., âgé de vingt-un ans, contracta, vers la fin de décembre 1843, une blennorrhagie qui durait depuis trois semaines, quand, à la suite d'une longue marche, il y eut orchite d'abord à droite, puis à gauche trois jours après, sans amendement du côté premièrement malade; bien plus, l'orchite à droite continua sa marche, tandis qu'à gauche elle disparut spontanément sous l'influence du repos. Du côté droit douleur vive au début ayant persisté pendant huit jours. Cataplasmes et bains de siége. Le 25 janvier, l'écoulement était alors complétement supprimé; le malade entra à l'hôpital avec les symptômes suivants: douleurs redevenues plus vives; testicule gros comme un œuf; épididyme masqué par le testicule enflammé. M. Vidal diagnostiqua une inflammation du parenchyme même de la glande, et annonça que probablement elle arriverait à un degré tel, qu'il faudrait débrider la tunique albuginée pour faire disparaître les douleurs. Repos absolu, cataplasmes sur la tumeur. Les 26 et 27, douleurs à peu près les mêmes, s'irradiant dans l'aine droite et vers la cuisse, mais très-supportables, et ne donnant lieu à aucune réaction. Le 28, les douleurs sont devenues plus vives, fièvre, coliques, grande agitation, vomissements; le 29, douleurs aussi intenses, insomnie, nouveaux vomissements; M. Vidal incisa sur la face antérieure de la tumeur, dans l'étendue d'un centimètre et demi; il pénétra dans la substance même du testicule par le débridement de la tunique albuginée; il s'écoula une cuillerée à café au plus de sérosité et un peu de sang; trois ou quatre heures après, plus de douleurs, plus de coliques,

plus de vomissements, et, ce qui est plus remarquable, le pouls a repris son rhythme normal. L'auteur ajoute que ces accidents étaient causés par une inflammation avec étranglement, l'enveloppe fibreuse ne pouvait suivre l'expansion du testicule enflammé et le soumettait à une compression incessante. — *Obs.* II. Chez un autre malade, il s'agit d'une orchite datant de huit jours quand il entra à l'hôpital. Fièvre vive, coliques, élancements dans le testicule. Repos absolu, cataplasmes. Le lendemain, même état; cordon spermatique non douloureux, à moins d'une pression assez forte. Le soir, fièvre plus vive, coliques, douleur forte dans la fosse iliaque gauche; quelques nausées, puis vomissements. Une pilule d'opium, un lavement laudanisé. Le jour suivant, M. Vidal incisa la tunique albuginée du testicule, et quelques heures après le malade était soulagé. — Ces deux faits, ajoute l'auteur, montrent l'efficacité d'un moyen que d'autres appelleront peut-être téméraire, mais dont les résultats ont toujours été efficaces, ce qui a pu être observé par tous ceux qui ont suivi les visites de M. Vidal. — Il résulterait de cette dernière phrase, que l'auteur possède un plus grand nombre de faits analogues à ceux qui précèdent, et que, constamment, M. Vidal a eu à s'applaudir du débridement dont il s'agit: pourquoi ne pas publier ces faits? la méthode est assez excentrique, ce nous semble, pour qu'on ne néglige aucun des éléments propres à démontrer son utilité et à établir sa valeur. Quant à l'originalité du procédé opératoire eu lui-même, disons que M. Vidal en a trouvé, sinon la formule complète, du moins l'indication formelle dans les OEuvres de J. L. Petit, qui *pratiquait des scarifications plus ou moins profondes sur la membrane albugineuse lorsqu'il y avait contusion du corps du testicule, et cela en vue d'éviter la perte de la partie.* Mais, comme le fait remarquer Boyer, J. L. Petit ne pratiquait ces scarifications que lorsque le testicule avait été mis à nu par l'instrument vulnérant lui-même, ou par les incisions préalablement faites pour donner issue au sang épanché dans les enveloppes de cet organe. Entre cette pratique, exclusivement appliquée à des cas spéciaux et exigeant des circonstances particulières et bien définies, et celle de M. Vidal qui s'adresse à l'orchite spontanée, sans complication de plaie ni d'épanchement sanguin dans le scrotum, il est aisé de voir qu'il y a une différence notable. Aussi doit-on, sous ce rapport, lui reconnaître un droit de priorité qu'on ne saurait contester maintenant. Pour ce qui est de la valeur de cette innovation thérapeutique, nous croyons qu'elle n'est pas suffisamment justifiée par les faits que l'auteur a cités. Ainsi, avant de recourir à l'usage de l'instrument tranchant, avait-on épuisé tous les moyens énergiques de la thérapeutique ordinaire? point du tout.

En présence d'une inflammation que l'on pressent devoir nécessiter, par sa violence, le débridement du testicule, on se contente d'employer le repos et le cataplasme; point de sangsues sur le trajet du cordon, point de saignées des bras, ni bains entiers longtemps prolongés, ni révulsifs sur le canal digestif; et, de plus, nous pourrions ajouter qu'aucun effort n'a été fait en vue de reproduire l'écoulement urétral. Dans un tel état de choses, est-on bien en droit d'accuser la thérapeutique rationnelle d'impuissance et de recourir à une opération qui, en outre de la douleur très-vive qu'elle doit déterminer, peut, en définitive, manquer son but? Dans un cas vous annihilez la douleur, mais dans l'autre vous ne produisez que du soulagement. Or, ne pouvait-on pas arriver à ce résultat par une voie meilleure et dégagée des inconvénients de celle qui a été suivie? Car, après tout, quand vous incisez la tunique albuginée, que devient l'inflammation? Peut-on répondre qu'elle cessera immédiatement, ou ne fera-t-elle pas de nouveaux progrès? Dans ce cas, le débridement simple ne suffira plus, et, pour être conséquent avec lui-même, le chirurgien sera conduit à proposer un débridement multiple. Or, l'innocuité de ces incisions sur un testicule enflammé est loin de nous être démontrée. Mais, sans sortir du cercle d'observation tracé par l'auteur, nous lui demanderons ce qu'est devenu le parenchyme du testicule chez ses deux malades; comment s'est terminée l'orchite; quelle a été, en un mot, l'issue et de la maladie et du traitement. Il est fâcheux que tous ces points n'aient pas été éclairés par M. Dumoulin; la question de thérapeutique par lui soulevée en avait besoin pour être plus

sainement appréciée. Aussi, en signalant cette lacune, c'est engager l'auteur à la combler par de nouvelles observations plus complètes et plus concluantes. (*Annales de la chir. franç. et étrang.*, mai 1844.)

PARACENTÈSE DU THORAX (*Considérations sur la*). On s'accorde généralement à regarder comme une opération grave celle qui consiste à ouvrir la poitrine pour donner issue aux liquides qu'elle renferme. Cette opinion n'est pas fondée; les autres pensent, au contraire, que la paracentèse du thorax, faite avec certaines précautions, est toujours innocente, et qu'elle peut, sinon guérir, au moins apporter, dans la plupart des cas, un grand soulagement. MM. Hughes et Cock n'ont pas eu l'occasion de faire ni de voir faire cette opération pour des épanchements sanguins; ils l'étudient surtout dans ses applications au pneumothorax, à l'hydrothorax, à l'épanchement, suite de pleurésie chronique, et à l'empyème.

Lorsqu'il y a pneumothorax, trois cas peuvent se présenter, dans lesquels la paracentèse devient nécessaire : le premier est celui dans lequel, au moment même de la rupture du poumon, l'entrée de l'air dans la plèvre donne lieu à une suffocation imminente; dans le second, la maladie existe déjà depuis un certain temps; l'ouverture du poumon permet l'issue et la rentrée alternative de l'air; mais un moment arrive où cette ouverture venant à se rétrécir ou à s'oblitérer, l'air est forcé de séjourner dans la plèvre, et cause une dyspnée intense. Enfin, dans le troisième cas, la maladie, existant encore depuis un certain temps, se complique d'une effusion abondante de sérosité qui détermine une gêne très-grande de la respiration, en comprimant le poumon. L'évacuation du liquide en diverses circonstances, fait cesser la dyspnée et la suffocation; elle n'empêche pas la mort du malade, lorsque le pneumothorax est la conséquence d'une affection grave des poumons, mais elle produit toujours un soulagement notable, et prolonge certainement la vie. Les faits ont d'ailleurs prouvé aux auteurs qu'elle n'amenait aucune aggravation des symptômes, aucun accident.

L'hydrothorax lié à une anasarque, et causé par une maladie du cœur, réclame l'ouverture de la poitrine, lorsque l'accumulation du liquide est devenue assez grande pour faire craindre la mort par asphyxie. Encore dans cette circonstance, l'opération soulagera, mais ne guérira pas, et, répétée un certain nombre de fois, elle pourra prolonger quelque temps les jours du malade. Dans l'épanchement pleurétique suite d'inflammation, et dans l'empyème purulent, l'ouverture de la poitrine peut procurer des résultats plus avantageux. S'il n'y a pas de lésion grave des poumons, l'issue du liquide peut être suivie d'une guérison complète. Si, au contraire, il y a des tubercules, cette issue aura, comme dans les cas précédents, l'avantage de diminuer la dyspnée et les angoisses du malade. Lorsque l'épanchement est ancien, et que le poumon comprimé depuis longtemps a perdu sa perméabilité, il y a plus d'avantage à n'évacuer qu'une petite quantité de liquide à la fois, et à permettre que l'organe recouvre peu à peu son expansibilité naturelle.

Les auteurs insistent longuement sur les symptômes et le diagnostic des divers épanchements; nous ne les suivrons pas dans cette description, qui offre peu de considérations nouvelles. Ils insistent particulièrement sur la circonstance suivante : on a donné comme signe des épanchements, l'agrandissement en hauteur des espaces intercostaux, l'augmentation du diamètre vertical de la poitrine; or, ils ont trouvé que les côtes étaient plutôt rapprochées, et qu'ainsi, les espaces intercostaux diminuaient au lieu d'augmenter en hauteur; ils ont constaté, en outre, que la poitrine s'agrandissait d'avant en arrière et transversalement, bien plus que dans le sens vertical.

Pour les cas douteux, M. Cock se sert d'un trocart extrêmement fin, qu'il introduit préalablement dans la poitrine. Si du liquide s'échappe par la canule, il ne reste plus aucun doute, et on fait pénétrer un instrument plus volumineux. Pour ce qui est de l'espace intercostal au niveau duquel on droit pratiquer l'ouverture, les auteurs rappellent les préceptes donnés par tout le monde à cet égard : ils font connaître deux cas dans lesquels, pour avoir pénétré entre la neuvième et la dixième côte, on a blessé ou transpercé le diaphragme. L'instrument dont se servent MM. Hughes et Cock est un trocart fin, dont la canule a un

douzième de pouce de diamètre. Ils reconnaissent bien qu'à la fin de l'évacuation une certaine quantité d'air peut s'introduire dans la plèvre; mais cette quantité est toujours très-faible à cause de l'étroitesse de la canule; comme la plaie très-petite se ferme promptement, cet air est bientôt résorbé; et, n'étant pas renouvelé, il ne permet pas la décomposition putride des liquides épanchés.

Nous adoptons volontiers cette innocuité du trocart à canule très-fine; mais nous regrettons que l'auteur ait gardé le silence sur les instruments récemment proposés par M. Reybard, instruments qui sont si propres à empêcher l'introduction de l'air dans la plèvre. Enfin, après avoir rapporté en détail plusieurs observations, MM. Hughes et Cock donnent un tableau de vingt malades auxquels la paracentèse a été faite une ou plusieurs fois, soit pour des épanchements simples, soit pour des épanchements purulents. Il y a sept guérisons complètes, trois améliorations, neuf morts. Mais il faut bien noter que la mort a toujours été le résultat de la phthisie, et qu'elle est survenue plus ou moins longtemps après l'opération, sans que celle-ci y ait en rien contribué.

Ce travail a donc surtout pour but de démontrer l'innocuité de la paracentèse thoracique, innocuité en faveur de laquelle se sont prononcés déjà plusieurs auteurs français, en particulier MM. Reybard et Sédillot, et plus récemment encore M. Trousseau. (*Guy's hospital Reports*, et *Arch. gén. de méd.*, mai 1844.)

PHLEGMASIA ALBA DOLENS (*Un mot sur le traitement de la*). Selon M. le docteur Bouchut, auteur de ce travail, le traitement de la *phlegmasia alba dolens*, qui est pour lui l'oblitération spontanée des veines, repose sur les considérations suivantes : l'oblitération veineuse des nouvelles accouchées et l'oblitération veineuse non puerpérale constituent la même maladie et réclament l'usage de moyens thérapeutiques semblables. L'état puerpéral ne modifie pas la marche et les terminaisons de la maladie, et, à moins de complications, cet état n'entraîne rien de spécial pour la thérapeutique. Les caractères phlegmasiques de la maladie sont peu évidents; ils ne ressemblent en aucune façon à ceux de la phlébite ordinaire. L'œdème des membres est entièrement passif et n'exige pas l'intervention des moyens de l'art. La disparition des accidents est en rapport avec la rapidité du mouvement de la circulation collatérale; il est donc nécessaire de concourir à son rétablissement.

La médication antiphlogistique, conseillée par Puzos et Gardien, paraît avoir moins obtenu de grands succès. La saignée et surtout les applications de sangsues étaient mises en usage dans le but de faire disparaître la douleur et les accidents supposés inflammatoires. Dans les observations rapportées par M. Bouchut, on voit que la douleur a cessé d'elle-même au bout de quelques jours; par conséquent, il ne faut pas en faire l'honneur aux émissions sanguines. Quant à la phlegmasie veineuse, c'est principalement contre elle qu'étaient dirigées les émissions sanguines pratiquées localement sur le trajet des vaisseaux. L'utilité de cette médication a été établie sur de nombreuses observations. Après avoir fait, en quelque sorte, la contre-épreuve de ces succès, en laissant agir la nature, M. Bouchut reste convaincu que l'utilité des applications de sangsues pourrait bien n'être pas parfaitement démontrée. En effet, ses malades n'ont été soumises à aucune médication de ce genre, et il ne leur est point survenu d'accidents nouveaux dans les membres malades. La résolution s'y opérait avec le rétablissement des voies collatérales de la circulation.

Des applications topiques trouvent ici leur place, soit comme topiques narcotiques dans les cas de douleur excessive, et alors il faut employer la décoction de jusquiame ou de feuilles de belladone, les fomentations avec le laudanum ; ou comme topiques émollients destinés à entretenir la chaleur dans le membre et à exciter la circulation capillaire. On emploierait plus sûrement les bains chauds et les sachets de sable autour de la partie affectée. La compression méthodique du membre à l'aide de bandages roulés doit être rejetée: c'est précisément le moyen d'empêcher la circulation collatérale de s'établir et de prolonger les accidents. Il faut établir sur le tube intestinal une dérivation salutaire et administrer les boissons délayantes ou diurétiques, de doux laxatifs, la pulpe de tamarin et les eaux purga-

tives naturelles, tout cela, dans le but d'éviter les grandes suppurations auxquelles prédispose l'état puerpéral. C'est aussi dans ce but, et surtout lorsque les accidents puerpéraux se sont déclarés, qu'il faut administrer l'ipécacuanha à dose vomitive, et les purgatifs drastiques. Ces moyens, journellement employés dans le service de M. Trousseau, sont rarement inefficaces. Lorsque l'œdème est considérable, M. Bouchut recommande de faire des mouchetures sur les membres-tuméfiés; il faut les pratiquer non avec la lancette, mais seulement avec une aiguille. Le résultat est le même, le dégorgement du tissu cellulaire s'opère avec facilité, et cette méthode prévient le sphacèle de la peau.

On voit que pour M. Bouchut la *phlegmasia alba dolens* n'est pas une phlébite, comme le veulent la plupart des médecins modernes. En effet, d'après les observations qu'il rapporte, les caractères anatomiques de l'inflammation des veines manquent complétement, les symptômes font défaut, la terminaison est différente, etc. C'est une oblitération des veines par le sang ralenti dans sa circulation. Ces idées sont neuves et intéressantes, puisqu'elles tendent surtout à une thérapeutique nouvelle; elles méritent donc l'attention des praticiens. (*Gaz. méd. de Paris*, mai 1844.)

PLAIE DU CŒUR (*Guérison apparente d'une*). La nommée Angèle Ceccareilli, âgée de 32 ans, fut frappée le 11 juillet 1843, d'un coup de couteau dans la région du cœur. Elle tomba sans connaissance, en perdant une abondante quantité de sang. M. Marini, appelé immédiatement, la trouva plongée dans un affaissement profond, couverte d'une sueur froide, la respiration difficile, syncopes répétées; le pouls tremblant, incertain. La blessure occupait le bord interne de la mamelle, à 2 pouces et quelques lignes du sternum. En considérant sa direction, on reconnut qu'elle pénétrait entre la quatrième et la cinquième côte. D'après ces signes, M. Marini conclut que la malade était en danger de mort, une lésion du péricarde étant assez probable.

Transportée à l'hôpital et se trouvant un peu mieux le lendemain, elle fut examinée par un autre médecin, lequel déclara que la plaie était simplement pénétrante et n'entraînait que quelques chances de mort. La malade n'ayant pas été confiée aux soins de l'auteur, il sait seulement qu'il lui fut fait 6 ou 7 saignées et plusieurs applications de sangsues, qu'elle se trouva à plusieurs reprises en danger imminent de mort. Cependant la plaie extérieure se cicatrisa et la malade fut renvoyée de l'hôpital le 26 août, déclarée parfaitement guérie. On la vit quelque temps encore sortir dans la rue, présentant des signes marqués de dépérissement. Enfin, le 13 septembre, s'étant levée de bon matin pour satisfaire à un besoin, elle tomba soudain, et expira en quelques minutes.

Autopsie. La cicatrice extérieure est solide et complète. Le tissu inodulaire qui lui fait suite peut facilement être suivi entre les quatrième et cinquième côtes jusqu'à l'intérieur de la poitrine. Le sternum étant enlevé, il sortit de la cavité thoracique gauche une demi-livre de lymphe inodore, d'un jaune clair. Un point du péricarde offrait un épaississement anormal, ainsi que les traces d'une inflammation non encore éteinte. Adhérences nombreuses et solides du sommet du poumon gauche. Un kyste d'une couleur noire, bleuâtre, rempli de sang coagulé et fluide, adhérait par un large pédicule au côté gauche du péricarde. Le péricarde ayant été enlevé et ouvert, on le trouva rempli de sang en caillots et liquide, dont la quantité fut évaluée à 2 livres environ. Le cœur était atrophié, amiuci, plein de sang. Il était percé près de sa pointe d'un trou arrondi et conique qui, comme un sphincter, communiquait avec le ventricule gauche. Cette ouverture, assez large pour admettre aisément une pince ordinaire, présentait à son pourtour une espèce de callosité blanchâtre, molle, uniforme, qui correspondait exactement à la cicatrice sus-mentionnée du péricarde. Les plaies du cœur sont loin de suivre la marche dont nous trouvons un exemple dans l'observation qui précède; très-promptement mortelles pour la plupart, il n'est pas que nous sachions un seul cas dans la science qui démontre qu'un individu a pu vivre 65 jours avec une plaie pénétrante du cœur, surtout du ventricule gauche de cet organe. On sait en effet que les blessures des cavités droites sont celles qui peuvent laisser vivre le plus longtemps les malades. Parmi les faits que l'on pourrait jusqu'à un

certain point mettre en parallèle avec celui que nous venons de rapporter, nous ferons mention des deux suivants. Un jeune homme reçoit un coup de couteau au-dessous de la mamelle gauche : hémorrhagie abondante par la plaie, syncopes répétées, dyspnée légère. Peu à peu le blessé se rétablit, et son état devenait de plus en plus satisfaisant, quand il mourut tout à coup le dixième jour. On trouva une plaie pénétrante du ventricule gauche. (*Obs. du docteur Nicolo Frisi, in il filiatro sebezio*, mai, p. 27, an 1834). Un soldat vécut dix-sept jours après avoir reçu un coup d'épée au travers du sternum : presque tous les jours il sortait une livre de sang par la plaie, l'épée avait traversé le ventricule gauche et la cloison interventriculaire. (*Gaz. méd de Paris*, mai 1844.)

PLEURÉSIE CHRONIQUE. *Opération de l'empyème répétée sept fois en quinze mois.* Voici une observation dont il n'existe pas d'analogue dans la science, et qui, sous ce point de vue autant que par la simplicité du procédé employé, mérite l'attention des praticiens; elle est due à M. le docteur Netter de Hochfelden. — Un jeune homme de 22 ans, garçon brasseur bien constitué, travaillait de son état, quand, il y a dix-huit mois, il fut pris de point de côté, de toux que suivit un amaigrissement rapide. Rentré dans sa famille, il fit une maladie de poitrine qui nécessita l'emploi réitéré de la saignée, de saugsues. Depuis cette époque, il ne s'est plus remis, continuant à maigrir, fatigué d'une toux sèche avec difficulté de respirer, de frissons suivis de sueurs nocturnes. On lui appliqua des révulsifs de toute nature. Il se présenta à la consultation de M. Netter au mois d'août 1841. A la simple inspection, on reconnait une différence dans les deux côtés du thorax; le côté droit est plus bombé, les espaces intercostaux paraissent plus grands; matité et absence de la respiration complètes de ce côté; mesuré, il offre 5 centimètres de plus que l'autre. Après avoir inutilement essayé pendant deux mois le séton, les frictions mercurielles et la digitale, on se décida, sur les instances du malade, à pratiquer l'opération de l'empyème. Le 21 octobre, après avoir fait le long de la septième côte une incision n'intéressant que la peau, l'opération fut achevée à l'aide du trocart. Il s'écoula environ 3 litres et demi de sérosité limpide. A chaque inspiration, le jet s'arrêtait et l'air pénétrait violemment, et vers la fin, l'air entrait et sortait pendant les mouvements de la respiration. La plaie fut réunie à l'aide de bandelettes agglutinatives maintenues par un bandage de corps, et guérit le sixième jour. Les symptômes locaux et généraux s'amendèrent jusque vers le milieu de décembre, où ils reprirent leur intensité. Le 13 décembre, deuxième opération qui fournit 2 litres 30 de sérosité moins claire que la première, offrant des flocons albumineux qui embarrassent souvent la canule. L'introduction de l'air s'est faite encore plus vite que la première fois. Pendant quelques jours, les choses allèrent bien, mais l'épanchement se faisait de nouveau et augmentait tous les jours. C'est ainsi que, de deux mois en deux mois, de nouvelles opérations étaient nécessaires. M. Netter se décida, à la septième opération, à laisser une canule dans la plaie qui laissait évacuer une quantité de pus qui diminuait tous les jours. Au mois de février 1843, il survient un point de côté dans le côté gauche; une crépitatinn peu étendue se fait entendre au sommet, et le malade meurt le dixième jour de cette pneumonie, qui ne s'était accompagnée d'aucune réactinn fébrile.

Cette observation prouve qu'en elle-même l'opération de l'empyème n'est pas aussi dangereuse qu'on l'a pensé pendant longtemps; que l'introduction de l'air, inévitable lorsque le poumon a été depuis longtemps comprimé par l'épanchement, n'est pas aussi nuisible. On ne peut pas inférer, des accidents que l'air provoque sur les animaux dont la plèvre pulmonaire saine obéit à la moindre impression, à ce qui se passe quand cette séreuse, épaissie par de fausses membranes, a contracté des adhérences avec la paroi thoracique. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, mai 1844.)

PUBIOTOMIE SOUS-CUTANÉE (*De la*). M. le professeur Stoll, de Strasbourg décrit, depuis plusieurs années, dans ses cours, un procédé opératoire très-simple qui peut remplacer avantageusement tous les procédés connus destinés à agrandir les diamètres du bassin.

Ce procédé consiste à diviser un des pubis ***près de la symphyse*** au moyen de la scie à chaînette, sans

faire d'incisions à la peau. Pour cela, on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus (après l'avoir préalablement rasé), au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse. Par cette boutonnière on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle est fixée la scie à chaînette. On glisse l'aiguille le long de la face postérieure du pubis, en rasant l'os, et on fait sortir la pointe à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis, à laquelle il est uni. L'aiguille a entraîné la scie. On adapte la poignée, on tend légèrement la scie entre les deux mains, et la saisissant par les deux extrémités, quelques mouvements de *va-et-vient* suffisent pour diviser le pubis. Les deux portions séparées par la scie s'écartent aussitôt, et cet écartement peut être augmenté presque à volonté, ou s'opérera par la pression de la tête ou du corps du fœtus. Le pubis divisé, une des poignées est ôtée, l'instrument retiré, et il reste une petite boutonnière qui se cicatrise facilement. (*Communiqué par A. Lacour.*)

TORTICOLIS INTERMITTENT *guéri par le sulfate de quinine.* Encore un nouvel exemple d'intermittence morbide non signalée. Un enfant de 8 ans fut pris de torticolis. On applique des sangsues et des cataplasmes qui dissipent la douleur. Deux jours après, nouvel accès qui se répète trois fois et qui est toujours combattu par les émollients et les antiphlogistiques. Eclairé sur la nature de l'affection, M. le docteur Lesa, qui rapporte cette observation, administre le sulfate de quinine qui fait justice des accidents. Dix jours après, une récidive marquée par les mêmes symptômes qu'auparavant se déclare. Le sulfate de quinine est administré d'emblée et continué pendant quelques jours, pour empêcher, cette fois, toute rechute ultérieure. Cet enfant a joui depuis de la meilleure santé. (*Annales de la Société de méd. d'Anvers*, mai 1844.)

VACCINE *(De la) et de l'affaiblissement de sa vertu préservatrice.* Plusieurs opinions sont en présence, relativement à la vaccine. Les uns soutiennent que le vaccin n'a subi aucune altération, et qu'il se présente aujourd'hui aussi efficace que du temps de Jenner. Les autres veulent que le virus vaccin n'ait qu'une vertu préservatrice temporaire, et ici encore dissidence sur ce qu'on doit entendre par là. Ceux-ci, en effet, admettent positivement que plus on s'éloigne de l'époque de son origine, plus le vaccin perd de son efficacité; ceux-là pensent que l'éloignement de son origine n'est pas la seule cause de son affaiblissement, et qu'il faut surtout tenir compte de l'époque de la vaccination ; en d'autres termes, qu'aujourd'hui, comme toujours, le vaccin ne préserve que pendant un certain temps. C'est à cette dernière opinion que se rattache M. Bousquet, c'est celle qu'il cherche à faire prévaloir dans le nouvel écrit que nous avons à examiner. C'est une lettre adressée à M. le docteur Ebrard, de Besançon, qui, témoin, en 1841, d'une épidémie de variole dans laquelle 93 vaccinés furent atteints sur 173, dans laquelle encore toutes les personnes âgées de trente ans furent épargnées, tandis que l'épidémie ne frappa que de jeunes filles de quatorze à dix-huit ans, avait conclu que cette exemption des personnes de trente ans tenait au virus meilleur qu'elles avaient reçu et qui s'éloignait moins de l'époque de sa découverte.

M. Bousquet conteste la légitimité de cette conclusion. La question, pour lui, n'est pas aussi simple qu'elle le paraît, et plusieurs éléments sont à considérer pour arriver à une bonne solution. « Tous les âges, dit-il, ne sont pas également disposés à la petite vérole. Chaque maladie a ses habitudes, ses mœurs particulières; la variole est essentiellement une maladie de l'enfance. Après cette époque, l'aptitude à la contracter va en diminuant, et, si elle ne s'éteint jamais complétement, elle s'affaiblit du moins assez pour rendre la maladie extrêmement rare. » Nous avons donc deux moyens presque également sûrs pour échapper à la variole : l'un artificiel, c'est la vaccine; l'autre naturel, c'est le progrès de l'âge. Voyez l'épidémie de Marseille de 1828, l'une des plus redoutables dont l'histoire nous ait conservé le souvenir; elle attaqua vingt mille personnes, et sur ce nombre, il n'y en avait pas une seule au-dessus de trente ans. Ainsi, en supposant que tous les habitants des lieux où régnait l'épidémie observée par M. Ebrard, qui touchaient à trente ans, dussent être pris de la variole, M. Bousquet

dit que c'est leur âge qui leur valut d'en être préservés, et non la qualité du vaccin qu'ils avaient reçu. Qui est-ce d'ailleurs qui a appris que la vaccine n'était pas aussi infaillible qu'on l'avait cru d'abord ? Ce sont les vaccinés du commencement du siècle, ceux, par conséquent, qui avaient reçu le meilleur vaccin. L'épidémie de Milan de 1816 l'atteste.

M. Bousquet ne dit pas cependant que l'affaiblissement du vaccin ne soit pour rien dans les atteintes qu'a reçue la vaccine, mais il soutient que ce n'est pas là la cause essentielle, la cause principale. Toutefois, il suffit qu'il y prenne une part quelconque ; il suffit que le virus vaccin soit susceptible d'altération, pour encourager les efforts de ceux qui cherchent à le conserver dans toute sa vigueur, tel que la nature nous le donne au sortir du pis de la vache.

M. Bousquet pense que la transmission successive du virus d'enfants débiles à des enfants débiles peut être une cause de sa dégénérescence. Il a assez expérimenté sur ce point pour se croire autorisé à déclarer que le meilleur moyen de prévenir, de retarder cette dégénérescence, est de prendre le vaccin sur les enfants les plus beaux et les plus sains, parce que ce sont ceux-là qui donnent les plus belles pustules.

M. Bousquet ne veut pas non plus qu'on vaccine les enfants trop jeunes. Outre qu'ils ne donnent que des pustules chétives, outre que, quelque bénigne qu'elle soit, la vaccine cause parfois, à un âge aussi tendre, des éruptions, des entérites, des diarrhées qui inquiètent quelquefois les parents, un motif bien autrement grave, c'est qu'on dit avoir observé que les enfants vaccinés le plus près de leur naissance sont ensuite les plus exposés à la variole ou à la varioloïde.

Il en est du virus vaccin, dit en terminant M. Bousquet, comme des semences végétales. Deux conditions sont nécessaires à leur complet développement, un bon germe et un bon terrain. Lorsque ces deux conditions sont réunies, le développement du produit est aussi parfait qu'il puisse l'être, et le médecin peut se rendre ce consolant témoignage, qu'il a fait tout ce qu'il était en son pouvoir de faire pour assurer le résultat de son opération et pour répondre à la confiance des parents. (*Journal des Conn. méd.*, mai 1844.)

VARIÉTÉS.

Projet d'une maison de refuge pour les médecins pauvres et infirmes. — Un médecin de la banlieue de Paris, M. le docteur Dumont, de Grenelle, vient de soumettre à ses confrères un projet d'établissement d'une maison de refuge destinée aux médecins que l'âge et les infirmités ont privé d'exercer leur profession. Une semblable idée ne peut partir que d'une âme honnête et véritablement charitable. Il n'est que trop vrai que la réalisation de ce projet satisferait à un besoin réel ; il n'est que trop vrai qu'un certain nombre d'entre nous peut arriver à la vieillesse et aux infirmités sans que l'exercice de notre austère et pénible profession nous ait permis de recueillir des ressources suffisantes pour secourir notre vieillesse et nos infirmités. Ce projet mérite donc notre intérêt et nos sympathies. Déjà, dans d'autres classes de la société, des institutions semblables, favorisées, il est vrai, par de riches donataires, ont été établies. Mais si chacun de nous concourait à l'œuvre seulement dans la mesure de ses forces, le projet de M. le docteur Dumont serait bientôt réalisé et deviendrait le complément nécessaire de l'institution si honorable et si utile fondée par M. Orfila, sous le nom d'*Association de prévoyance des médecins de Paris*.

FIN DU TOME VINGT-SIXIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

DU VINGT-SIXIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

Z.

FIN DE LA TABLE DU VINGT-SIXIÈME VOLUME.

